Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen
Universiteit Gent
Academiejaar 2007-2008

Promotor: Prof. Dr. Frank Simon
Co-promotor: Prof. Dr. Geert Van Hove

De (r)evolutie van repressiemiddelen en dwangmaatregels in psychiatrische instellingen van 1850 tot heden.

Nele Bauwens
Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van licentiaat
in de Pedagogische Wetenschappen, optie Onderwijspedagogiek.

Nele Bauwens
Academiejaar 2007-2008
Pedagogische Wetenschappen
Optie: Onderwijspedagogiek
Promotor: Prof. Dr. Frank Simon
Co-promotor: Prof. Dr. Geert Van Hove

Titel: De (r)evolutie van repressiemiddelen en dwangmaatregels in psychiatrische instellingen van 1850 tot heden.

ABSTRACT

De scriptie handelt over de historiek van de psychiatrie. In het eerste deel wordt de volledige geschiedenis in grote lijnen beschreven. De verschillende historische periodes worden besproken; daarbij komen belangrijke evoluties en personen die een vooraanstaande rol speelden aan bod. Deze algemene schets geldt dan als een theoretisch kader, van waaruit de situatie in België zal wordt geschetst.

In het tweede deel wordt het proces van onderzoek, namelijk een literatuurstudie en een 'casestudie' uitgelegd. De resultaten van deze studie worden beknopt beschreven. Door de opgedane kennis over de geschiedenis van de psychiatrie en de resultaten van de interviews trachtte ik een duidelijker beeld te krijgen op de hedendaagse psychiatrie en te verklaren waarom de taboesfeer rond psychiatrie zolang standhoudt. Vanuit de geschiedkundige inzichten en met behulp van de mening van ervaringsdeskundigen doe ik enkele concrete aanzetten om psychiatrie in de toekomst beter te laten aansluiten bij de noden en vragen van patiënten .

In het derde deel wordt het geheel samengevat. In deze conclusie worden de resultaten kort opgesomd, wordt de methode heel kort besproken en worden nog een aantal tips voor de toekomst meegegeven.
De scriptie eindigt met een discussie, waarin de twee stromingen (pro en contra), die ten opzichte van de psychiatrie ingenomen worden, tegenover elkaar staan. Het blijkt dat beiden nogal extreem zijn. De vraag hierbij is of beide standpunten wel te verzoenen zijn en hoe dit eventueel kan gebeuren.

WOORD VOORAF

Graag wil ik bij de aanvang van deze scriptie enkele mensen bedanken die me geholpen en gesteund hebben tijdens de realisatie ervan.

Allereerst wil ik de mensen bedanken die mijn onderzoek mogelijk hebben gemaakt en hun ervaringen met me hebben gedeeld. Hierbij denk ik aan de bibliothecarissen van de verschillende bibliotheken, de werknemers van de Pedagogische Begeleidingsdienst Gent en het documentatiecentrum, en de mensen werkzaam in het vormingscentrum van het Guislain instituut.

Verder gaat mijn dank uit naar de mensen, die bereid waren een interview af te leggen over hun visie op de psychiatrie. In het bijzonder, zij die moedig getuigden over hun verleden in een psychiatrische instelling of hun ervaringen met de psychiatrie met me deelden in een verrijkend gesprek.

.

Ook wil ik graag mijn promotor, Prof. dr. F. Simon en co-promotor Prof. dr. G. Van Hove bedanken voor hun begeleiding. Veel hulp en informatie kreeg ik van de heer Jan Vanhaelen, voorzitter en woordvoerder van de Sarahbeweging. Gesprekken met de heer Eric Rosseel, brachten ook interessante inzichten voort.

Dank ten slotte aan Laure Cromheecke voor het nalezen van mijn tekst en aan mijn vriend, Dimitry Dubois voor het aanpassen van de lay-out en de mentale steun.

Nele Bauwens

Januari 2008

INHOUDSTAFEL

INLEIDING

De geschiedenis van de omgang met geesteszieken is een fascinerend verhaal. Hoewel de eigenlijke psychiatrie pas ontstaat aan het einde van de 18^e eeuw, was er altijd al aandacht voor mensen met psychologische beperkingen. Het verhaal van zorg voor de mensen die geestesziek zijn, is een verhaal van onzekerheid, vrees, afwijzing, een verhaal van zorg en liefde.

Doorheen de tijd merken we een evolutie in de beeldvorming over mensen die geestesziek zijn. De omgang met waanzin doorheen de tijden is een mengeling van magie en religie, dwang en zorg, controle en wetenschap. Alles wat niet rationeel te vatten is, wil men bestraffen, zalven, verzorgen of genezen. Altijd al waren er mensen, die trachtten hun medemens te helpen. Dikwijls voelde men zich machteloos tegenover de rare gedragingen, die door personen met een geestesziekte werden gesteld. Al te vaak werd de oorzaak ervan aan bovenmenselijke krachten of louter aan het lichaam toegeschreven. Men zocht heil in dwangmiddelen, opsluiting en afzondering. Maar zoals steeds haalden de bekommernis en de liefde de bovenhand en werd een zorg ontwikkeld.

Waarom ik er nu precies voor koos het toch wel duistere verleden van de psychiatrie bloot te leggen heeft verschillende redenen.

Zo is het eigen aan mezelf dat ik ongelooflijk tegen onrechtvaardigheid ben. Wanneer er mensen onrecht wordt aangedaan, krijg ik daar meestal een heel slecht gevoel en zelfs een gevoel van onmacht bij. Misschien ben ik te idealistisch op dit vlak, want ik voel dan steeds de drang om dit onrecht te lijf te gaan. Ik besef maar al te goed dat de wortels van het probleem veel dieper zitten. In mijn eigen wereld kan ik natuurlijk wel mijn steentje bijdragen, maar de onrechtvaardigheid in de wereld oplossen doe je natuurlijk niet zomaar.

Verder heeft het leven in psychiatrische instellingen altijd al mijn interesse gewekt. Als kind hoorde ik een kennis vaak vertellen over haar gruwelijke ervaringen in ‘het zothuis’. In die tijd meende ik dat bepaalde zaken overdreven werden, maar door mijn opleiding en ervaringen in de sector, weet ik nu dat mishandelingen, op wrede wijze straffen,

onmenselijke therapieën, opsluiten, fixeren,… tot de dagdagelijkse realiteit behoorden. Ook las ik intussen enkele boeken, waarin mensen hun ervaringen met psychiatrische instellingen beschrijven. Deze boeken vertelden vaak gruwelijke fragmenten uit het leven van de patiënten na. Dit alles zorgde ervoor dat ik graag wilde weten hoe het daar nu precies verliep en hoe het allemaal is geëvolueerd doorheen de tijd. Hoe keek men doorheen de geschiedenis naar psychiatrische patiënten? Hoe ging men ermee om en wat was hun bedoeling?

Eerder toevallig eigenlijk zag ik op tv de film 'One flew over the Cuckoo's nest' van Milos Forman. Ik ben er me van bewust dat slechts een deel van deze film de realiteit weerspiegelt en dat hij dus ook een groot deel fictie bevat. Maar daar gaat het voor mij niet om. Wat voor mij veel belangrijker is, is het gevoel dat ik kreeg bij het bekijken van de film. Ik voelde het ongeloof, de onmacht in me opborrelen, onbegrip sloeg me om de oren. Hoe kan dit toch allemaal? Hoe kunnen mensen andere mensen zoiets aandoen? Wanneer gebeurden deze dingen allemaal, nog niet eens zolang geleden? Zouden er nu nog dergelijke toestanden bestaan?

Van dan af was het me duidelijk dat ik iets wilde gaan doen rond repressiemiddelen en dwangmaatregels in psychiatrische instellingen. Ik zou in boeken, artikels, archieven en musea, bij organisaties en verenigingen en via sites, zoekmachines en interviews met ervaringsdeskundigen op zoek gaan naar 'de waarheid'. Ik wil kunnen begrijpen hoe dit alles kon gebeuren. Daarvoor leek het me nuttig vanuit de literatuur de geschiedenis door te nemen om daarna zelf een schets te maken van de evolutie van vroeger tot nu. Ik beschrijf mijn literatuuronderzoek en geef mijn resultaten weer, door een aantal belangrijke puntjes dieper uit te werken. Dat alles doe ik in het eerste deel van mijn scriptie.

In het volgende deel schrijf ik mijn eigen onderzoek uit. Zo had ik een tiental gesprekken met mensen, die bereid waren over hun ervaringen met de psychiatrie te getuigen. Ook interviewde ik een tiental mensen, die niet rechtstreeks in contact kwamen met de psychiatrie. Dit opdat mijn geschetste visie niet eenzijdig zou zijn en eerder de volledige bevolking zou representeren. Hoewel ik er me van bewust ben, dat dergelijk kleinschalig onderzoek nooit representatief kan zijn, lijkt het me nuttiger zowel onwetende mensen te horen als mensen, wiens visie gevormd is door hun ervaringen

met de psychiatrie. Voor deze ongestructureerde interviews had ik op voorhand een aantal open vragen op papier gezet. Dit opdat het gesprek niet zou stilvallen en toch enigszins een richting te geven aan het gesprek. Toch vond ik het veel belangrijker dat het gesprek ongedwongen verliep en dat mensen vertelden wat ze wilden en konden vertellen. Deze gesprekken heb ik dan naast elkaar gelegd en de zaken, die meermaals werden vermeld of duidelijk naar voren kwamen, heb ik uit de gesprekken gedistilleerd. Dit om een zicht te krijgen op hoe mensen vandaag de dag naar psychiatrie kijken.
Uit de literatuur en de websites die ik doornam, kwam naar voren dat er tot op vandaag nog een aantal hardnekkige taboes hangen rond het fenomeen 'psychiatrie':

- Psychiatrische aandoeningen zijn geen echte medische ziekten zoals hartziekten en diabetes. Mensen met een mentale ziekte zijn gewoon "gek".
- Mensen met een ernstige mentale ziekte, zoals schizofrenie, zijn doorgaans gevaarlijk en gewelddadig.
- Mentale ziekten zijn een gevolg van een slechte opvoeding.
- Depressie is het gevolg van een zwakke persoonlijkheid of een karakterfout en mensen met een depressie kunnen daar gewoon mee ophouden als zij voldoende zouden willen.
- Schizofrenie betekent een gespleten persoonlijkheid en kan niet verholpen worden.
- Depressie is een normaal gegeven bij het ouder worden.
- Depressie en andere ziekten zoals angststoornissen, komen niet voor bij kinderen of adolescenten. Problemen in deze groep horen bij het proces van opgroeien.
- Een mentale aandoening kan overwonnen worden met voldoende wilskracht. Als men moet worden behandeld voor een psychiatrische aandoening betekent dit dat de betrokkene in zekere zin "gefaald" heeft of zwak is.
- Een verslaving is een keuze van levensstijl en wijst op een gebrek aan wilskracht. Mensen met een probleem van middelenmisbruik zijn moreel zwak of "slecht".
- Alle psychiatrische behandelingen zijn pijnlijk en barbaars.

Aan de hand van mijn onderzoeken ga ik na in hoeverre deze taboes werkelijk nog leven in onze gemeenschap.
Het laatste deel bevat dan mijn conclusie en de discussie. Uit mijn onderzoek probeer ik dan tot statements te komen. Daarna ga ik na of deze statements stroken met de theorie uit de literatuurstudie. In de discussie zet ik twee extreme polen in het denken

over psychiatrie tegenover elkaar. Door de twee standpunten te bekijken en te proberen begrijpen, tracht ik een brug te slaan als oplossing voor de bestaande discrepantie.

DEEL I: ALGEMENE HISTORISCHE SCHETS, MET OOG VOOR ONZE GEBIEDEN

1 PSYCHIATRIE

1.1 'Psychiatrie' in de Oudheid

Uit overleveringen blijkt dat in de meeste voorchristelijke gemeenschappen, behalve Oud-Indië en Oud-Egypte, waar sprake was van handicapvriendelijke tendensen, kinderen met een aangeboren handicap werden gedood of uitgestoten.[1] Bij de nomadenvolkeren was het levensrecht een recht voor diegene die van nut kon zijn voor de gemeenschap. Ook in het Oud-Griekse ideaal was voor mensen met een handicap weinig of geen plaats voorzien. In de Vroeg-Hellenistische periode lag de nadruk vooral op het parallellisme van lichaam en geest ('mens sana in corpore sano'). Met de fysieke handicap werd lafhartigheid, wraakzucht en achterbaksheid geassocieerd.[2]

In de prehistorie en in traditionele culturen kaderde de geneeskunde in een magisch-mythologisch wereldbeeld. Ziekte werd toegeschreven aan oergeesten, natuurgeesten of demonen of aan geesten van overleden voorouders, die uit onvrede of wraakzucht het lichaam of een deel van het lichaam in bezit namen. Geneeskunde bestond erin de boze geesten op afstand te houden of, wanneer dat niet lukte, hen weer uit het organisme te verjagen. De medicijnman of –vrouw of de sjamaan had het vermogen met de geestenwereld te communiceren. Daarnaast bezat de sjamaan ook een uitgebreide kennis van geneeskrachtige planten en mineralen.

Men geloofde in sommige prehistorische culturen dat waanzin veroorzaakt werd door een boze geest in het hoofd van de geesteszieke. Door een schedeltrepanatie of schedelboring gaf men de geest de gelegenheid uit het hoofd van de zieke te ontsnappen.

---

[1] Bijzondere orthopedagogiek, Broekaert, Leuven-Apeldoorn, 2001

[2] De creatie van het mondige kind: Geschiedenis van pedagogiek en jeugdzorg, Weijers, Amsterdag, 2002

Ook in onze gebieden geloofde men in de Oudheid dat in het hoofd van de geesteszieke een boze geest zat. Men boorde dan met behulp van een vuursteen een gat in de schedel om zo aan de boze geest de kans te geven het hoofd te verlaten. Deze ingreep wordt trepanatie genoemd. Later gebruikte men in de plaats van een vuursteen een boor om de operatie uit te voeren.
Het is pas rond 770 voor Christus dat we in Griekenland een andere stem hoorden. Hippocrates, algemeen beschouwd als de grondlegger van de geneeskunde, brak met de tot dan toe aangenomen visie omtrent ziekte en beschouwde krankzinnigheid als een medische aandoening. Hij stelde een onjuiste mengeling van de vier belangrijkste lichaamsvochten (bloed, slijm, gele gal en zwarte gal) als oorzaak van ziekte. Van daaruit ging hij op zoek naar een verband tussen de lichaamsvochten en bepaalde symptomen. Daarna trachtte hij door allerhande ingrepen, zoals aderlaten, braaktherapieën, afzuigen van gal en slijm en door het toedienen van waterafdrijvende of ontlastende kruiden, de juiste verhouding tussen de sappen te herstellen.[3]
Zieken werden ook behandeld met koude of warme baden, rust en dieet, zang en muziek.
Toen men in het Oude Griekenland door inzichten van Hippocrates stilaan aannam dat een geestesziekte een medische oorzaak moest hebben en niet toe te schrijven was aan de aanwezigheid van slechte geesten, had dit ook zijn invloed op ons denken. Denk daarbij maar aan het woord ‘zwartgalligheid’ dat wij nog steeds gebruiken om iemand aan te duiden die zwaarmoedig is.

Rond 600 leefde de idee van de opvoeding tot actief staatsburger. Met de retorisch-levenspraktische opvoeding van de sofisten en de filosofisch-wetenschappelijke opleiding kregen personen met een handicap toegang tot de bestaande onderwijsvormen op voorwaarde dat ze ‘redelijk’ waren. De Romeinse geneeskunde is een mengelmoes van mythologie, magie en bijgeloof gebleven tot aan het bewind van Julius Caesar. Hij bracht de geneeskunde onder de aandacht. Aan de kennis, aangebracht door Hippocrates, werden eigen accenten toegevoegd. Wat de waanzin

[3] Zin der zotheid, Mans, Amsterdam, 2004

betreft, tekenden zich twee tegengestelde visies af: een repressieve en een therapeutische.
De repressieve houding zag waanzin als het veinzen van een ziektetoestand om aan bepaalde sociale of economische verplichtingen te ontkomen. Therapieën hiervoor waren logischerwijs zeer bestraffend: opsluiting in barre omstandigheden, lichamelijke pijniging,…
De therapeutische houding zag de omgeving, en dan vooral de spanningen die daaruit voortvloeien, als oorzaak van de geestesziekte. De therapieën die daarbij vooropgesteld werden zijn heel anders van aard. Het ging dan om voorschrijven van rust, aanraden van regelmaat, ook muziek en aangenaam gezelschap zouden positieve effecten met zich meebrengen. Doorheen de hele geschiedenis zal de zorg voor geesteszieken heen en weer worden geslingerd tussen deze twee polen van repressie en verzorging.[4]

1.2 'Psychiatrie' ten tijde van het Christendom

Het Christendom had een grote invloed op de manier waarop men dacht en omging met geesteszieken. Eigenlijk zette men door deze christelijke opvatting een stap terug tegenover de Grieks-Romeinse Oudheid. De boze geest die het lichaam in bezit nam was volgens hen de duivel. Dit werd gezien als een straf van God voor een begane zonde. De waanzinnige werd dan ook gezien als door de duivel bezeten. Los daarvan was er de opvatting van het behekst zijn. Deze vorm van bezetenheid zou naar hun mening een eigen keuze en dus gewenst zijn geweest. Een belangrijk symptoom van bezetenheid zou zijn dat de persoon een overvloed aan woorden in een onbekende taal sprak en een bovenmenselijke kracht bezat.
Therapie bestond uit exorcisme of het uitdrijven van de duivel. Gebed, wijwater en vasten waren daarbij de middelen bij uitstek. Op het hoofd of de borst van de bezetene legde men vaak een kruisbeeld of een relikwie van een heilige. Enkel een priester die een speciale wijding ontving mocht deze uitdrijving leiden. Men geloofde dat door deze

[4] De pedagogisering achterna, Depaepe, Leuven-Leusden, 2002

ceremonie de duivel uit het lichaam zou verdreven worden en dat de zieke persoon terug tot rede zou komen.
Ook op andere punten raaken de religie en de waanzin elkaar. Aan een aantal heiligen werd en wordt namelijk een kracht toegeschreven om een specifieke ziekte te behandelen en te genezen. Zo zijn er bijvoorbeeld de Heilige Hermes in Ronse en de Heilige Dymphna in Geel, die aanbeden worden ter genezing van geesteszieken.
Toch konden mensen met een handicap in de Vroeg-Christelijke tijd meer en meer rekenen op onderdak en verzorging bij geestelijke orden en dit vanuit de caritasgedachte.
In de 2^{e} eeuw na Christus trad er in Rome een nieuw en groot figuur op de voorgrond: Galenus van Pergamon. Zijn geneeskundig systeem domineerde de medische wetenschap bijna 1500 jaar lang. Hij zag een nauw verband tussen de psychische persoonlijkheid van de mens en zijn lichamelijke gesteldheid.
Hij deelde de mensen op in vier groepen naargelang welk lichaamsvocht overheerste. Op basis daarvan kregen ze kenmerken toegeschreven. Zo bestond er volgens Galenus het sanguinisch type, dat zeer levendig van aard was en een rijk geschakeerd gevoelsleven kende, door de overheersing van het bloed. Het tweede type noemde hij cholerisch: door het teveel aan gele gal werden deze personen gekenmerkt als opvliegend en impulsief. Het flegmatisch type was kalm en berustend door een overwicht aan slijm. Bij het melancholische type overheerste de zwarte gal en deze personen waren meestal droefgeestig van aard.
Als therapieën gebruikte Galenus baden, lichaamsoefeningen, rustkuren, muziek en aderlatingen. Toch bleven bijzondere praktijken zoals het drinken van schildpaddenbloed, het eten van muizendrek en het gebruik van amuletten bestaan.
De Romeinse cultuur met de leer van Galenus van Pergamon had ook zijn invloed in onze gebieden.

1.3 ‘Psychiatrie’ tijdens de Middeleeuwen

In de agrarische samenleving was het meestal de familie die de zorg voor de geesteszieke op zich nam, op voorwaarde dat deze niet te veel overlast berokkende.

Ongevaarlijke ‘zotten’ liepen rond als dorpsgek. De kwaliteit van deze zorg was echter twijfelachtig. Toch was men vaak hard voor personen met een afwijking. Wanneer de zorg voor een ziek familielid bijvoorbeeld als te lastig werd ervaren, werden deze mensen al te vaak veroordeeld tot de bedelstaf. Wilde of agressieve ‘dollen’ werden noodgedwongen aan de ketting gelegd of in een hok gestopt.

Er was echter ook sprake van een vorm van geneeskunde, die nog steeds een amalgaam was van Hippocratische traditie en magische elementen. Het gebruik van kruiden was in die tijd van groot belang. In de volksgeneeskunde gebruikte men vaak technieken, die het therapeutisch proces symboliseren. Men trachtte de band tussen zieke en ziekte te doorbreken door afbinden, afstrijken, uitsnijden, achteruitwerpen, knopen,… Ook liet men de patiënt plots schrikken in de hoop dat de ziekte daardoor zou verdwijnen. Soms ging men daarin heel ver en kwamen er geselslagen aan te pas.

Aangezien het geloof in God in die tijd centraal stond, vreesde men dat krankzinnigen bij het uitkramen van wartaal God zouden verloochenen. Om dit bijzonder zwaar vergrijp te voorkomen schreef men voor de zieke te laten stikken in een kussen: ‘het smoren van dollen’.[5]

Met de opkomst van de steden, rond 1200 werden gasthuizen opgericht. Deze waren vooral bedoeld voor de arme zieken. Men maakte een onderscheid tussen zieken en arme bejaarden enerzijds en dollen en lijders aan lepra en andere besmettelijke ziekten anderzijds. Voor dollen maakte men aparte dolhuisjes[6], een soort verplaatsbare isoleerkamers voor mensen die tijdelijk afgezonderd moesten worden, zoals dronkaards, nachtverstoorders en onrustzaaiers. Een ander soort dolhuizen richtte men op voor agressieve krankzinnigen. Deze dolhuizen bestonden uit een klein aantal cellen voor dollen die thuis of elders niet meer te handhaven waren.

---

[5] Van nar tot patiënt: Een geschiedenis van de zorg voor geesteszieken, Stockman, Leuven, 2000

[6] Een dolhuis of gekkenhuis was in vroegere tijden een inrichting voor opvang van geesteszieken, ontstaan in de 15e eeuw vanuit de toenemende groei van de steden ontstond de behoefte de stadsbewoners te beschermen tegen gevaarlijke en onrustige mensen (geesteszieken, krankzinnigen). Het begrip ‘krankzinnigheid’ moet overigens ruim worden genomen. Alles wat buiten de gangbare (wensbare) omgangsvormen viel werd al snel beschouwd als "Krankzinnig": geesteszieken, lijders aan epilepsie, zwakzinnigen, mensen met asociaal gedrag, oproerkraaiers, verlaafden, dementerende…etcetera. De kans om hierbij levend uit een dolhuis te komen was klein. Er was één deur: naar binnen.

Daarnaast was ook de kerkelijke en kloosterlijke zorg belangrijk. Aanvankelijk stonden de abdijen nogal weigerachtig tegenover het opnemen van geesteszieken, omdat men nog steeds vreesde dat daardoor de duivel binnen de muren zou komen. In de 13e eeuw kwam de armoedebeweging op gang, als reactie tegen het georganiseerde religieuze leven van de benedictijnen en de cisterciënzers. Daaruit ontstonden bedelorden, waarvan de bekendste wel de dominicanen en de franciscanen zijn. Verschillende religieuze ordes beschouwen van dan af de zorg voor de geesteszieken als een van hun taken.

Magische rituelen waren in die tijd ook schering en inslag. Hierbij werden bezweringen en kruiden gebruikt. Een voorbeeld van zo een bezwering: 'Graaf het heilig kruid hyoscysmus uit voor zonsopgang met de duim en middelvinger. Raak de wortel niet aan en richt je plechtig tot het kruid: "Heilig kruid, ik smeek je, ik smeek je. Morgen roep ik je op naar het ziekbed van mijn patiënt. Ik beveel je in de naam van God, die je gemaakt heeft. Neem in je op de geest en de kracht van de aarde, je moeder."'

Toch geloofde men ook bij ons nog al te vaak dat de geestesziekte voortkwam van boze geesten of zag men de geesteszieke als bezetene. Zo dacht men dat krankzinnigheid veroorzaakt kon worden door het inademen van een vlieg. Men ging ervan uit dat het insect naar het hoofd kroop en daar een kei vormde. Om de geesteszieke te genezen moest de zogenoemde kei uit het hoofd verwijderd worden, dit wordt een keisnijding genoemd. Kwakzalvers trokken rond en demonstreerden op plaatsen waar veel volk bijeen was, bijvoorbeeld op kermissen, hoe zij zieken konden genezen. Ze maakte dan een insnijding in de hoofdhuid, zorgden dat het goed begon te bloeden en toverden dan een kei uit hun mouw. Natuurlijk had deze ingreep geen enkel resultaat, behalve dan veel pijn voor de zieke en veel spektakel bij de toeschouwers.

Een andere aanneembare theorie van die tijd was dat de geesteszieke bezeten was door de duivel. Een priester, die gewijd was, kon de duivel uitdrijven. Men spreekt dan van exorcisme. Geesteszieken konden ook lijden aan wanen en hallucinaties. Deze mensen werden op basis daarvan soms beschuldigd van hekserij. In de Middeleeuwen dacht men dat de heksen het kwaad op aarde brachten. Onder invloed van de duivel konden ze de zwarte pest of de armoede verspreiden. Wie van hekserij beschuldigd werd, moest een proef ondergaan. De vermoedelijke heksen werden gewogen en wie te

licht bevonden werd, was de heks. Men was er immers van overtuigd dat wie weinig woog kon vliegen. Dit gebeurde op basis van de heksenwaag. Daarbij werd de vrouw gewogen en moest haar gewicht overeenkomen met het gewicht dat volgens haar lichaamsbouw werd verwacht.

Een andere test om hekserij 'te bewijzen' was de waterproef. Daarbij werd de vrouw aan handen en voeten vastgebonden en dan in het water gegooid. Als ze bleef drijven was dat een teken dat ze te licht woog en dus een heks was.

Indien men op basis van deze proeven had kunnen 'bewijzen' dat de vrouw een heks was, werd zij naar de brandstapel gebracht. Men dacht dat men enkel op die manier de duivelse kracht echt kon vernietigen.

Het opsluiten in dolhuizen en het gebruik van magische praktijken bleven gebruikelijk tot lang daarna.[7]

1.4 'Psychiatrie' in de Nieuwe Tijd

Vanaf de 16^{e} eeuw had ook het humanisme zijn invloed in onze streken. Het humanisme ging uit van een ander mensbeeld: 'de mens als individu'. Hierdoor kreeg men stilaan meer oog voor de verschillende vormen van ziektes. Dit betekende dan ook een verschuiving van algemene naar meer gedifferentieerde zorg. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de indeling van gasthuizen. Er ontstonden gasthuizen voor pestlijders en geesteszieken.

Toch werd de toestand van de geesteszieken er in de Nieuwe Tijd zeker niet beter op. In verschillende steden sloot men hen nog steeds op in dolhuizen of in ondergrondse ruimtes onder een kerk, want voor hen was er in de hospitalen geen plaats. Het opsluiten gebeurde niet met de bedoeling de geesteszieken te behandelen, maar wel om hen af te zonderen van de maatschappij. Zij werden totaal uit de gemeenschap gestoten, aangezien gehandicapten, wezen, misdadigers en krankzinnigen niet economisch rendabel waren. Sommigen werden zelfs uit de stad verbannen.

In de 17^{e} eeuw was er in Frankrijk sprake van de 'Grote Opsluiting', zoals beschreven door Michel Foucault.[8] Alle door onrede getroffenen, al wie wet en orde bedreigde werd

[7] Violence in Early Modern Europe, Ruff, Cambridge, 2001

opgesloten: paupers, kleine criminelen, vagebonden, bedelaars, idioten en gekken. Deze institutionalisering beroofde zotheid van haar kracht en fascinatie, reduceerde haar tot louter negatie, afwezigheid van menselijkheid.
Tijdens de Verlichting (ongeveer 1650-1789) veroverden de idealen van vrijheid, gelijkheid en broederschap Europa. De mens moest zich ontdoen van vooroordeel en bijgeloof en zich laten leiden door de rede. Het vertrouwen in wetenschap en geneeskunde groeide. De wereld was maakbaar. Er kwamen stilaan veranderingen in het denken over mensen met beperkingen. Men ging ervan uit dat ieder mens door opvoeding en onderwijs tot rede en zelfstandigheid kon worden gebracht. Daaruit volgen de fundamenten van de orthopedagogiek.
Toch bleef men tijdens de 17e eeuw, onder invloed van de economische crisis streng optreden tegen geesteszieken. Men wou geen geld uitgeven aan zorg voor deze mensen. Zij werden van de maatschappij afgezonderd en opgesloten in crypten, lege krochten en dolhuizen. Men aanzag de geesteszieken als ‘gevaarlijk’. Daarom sloot men ze op in kooien en hield men ze in bedwang met kettingen en ijzeren boeien. Er werd niet over zieke mensen gesproken, maar over wezens waarin het dierlijke de overhand had. Zo was men ervan overtuigd dat ze beschermd waren tegen honger, kou of pijn. Vaak werden de krankzinnigen mishandeld door hun bewakers. Die mochten bijvoorbeeld de zieken slaan om baas te blijven over het dierlijke. Soms kwamen de kelders en andere plaatsen waar de krankzinnigen opgesloten werden, volledig onder water te staan. Zelfs dit was meestal geen reden om ze los te maken, want men ging ervan uit dat geesteszieken geen gevoel hadden.[9]

1.5 ‘Psychiatrie’ na de Franse Revolutie

Na de Franse Revolutie kwam er over heel Europa reactie tegen deze wantoestanden.
Tevoren bestond er globaal gezien een desinteresse met betrekking tot personen met een beperking van welke aard ook. Men beschouwde waanzin niet als een aparte ziekte. Mensen met fysieke, psychische, emotionele,… beperkingen werden allemaal

[8] Surveiller et punir: Naissance de la prison, Foucault, Paris, 1975
[9] Geschiedenis van de waanzin: in de zeventiende en achttiende eeuw, Foucault, vertaling Heering-Moorman, Meppel-Boom, 1989

over dezelfde kam geschoren en als onaangepast gezien. Dit mondde uit in het oprichten van asielen, waar ‘onaangepasten’ werden samengebracht ter bescherming van de maatschappij.[10]

Enkele bronnen vermelden ook het gebruik van extreme behandelingsmethoden in die tijd.[11] Men ontwikkelde behandelingen zoals het langdurig ronddraaien van patiënten, wisselbaden, het dompelen in ijswater en het urenlang vastbinden op een stoel.

Maar vanaf dan gingen verschillende geneesheren zich interesseren voor de geestesziekte. Ze waren het erover eens dat opbergen weinig zin heeft, maar dat de bedoeling van een opname in een gesticht moest zijn de patiënt te genezen. Dit alles sproot voort uit het geloof dat waanzin een te genezen ziekte is.

In Engeland richtte Tuke het York Retreat op, in Frankrijk schreef Pinel geschiedenis door geesteszieken van hun boeien te bevrijden en in Duitsland bedacht Reil de term psychiatrie 1808. Het betekende zoveel als “het dokteren aan de ziel”. "Door sterke pijnlijke indrukken vangen we de aandacht van de patiënt, wennen we hem aan absolute gehoorzaamheid en drukken we het gevoel van afhankelijkheid onuitwisbaar in zijn hart. De wil van zijn meerdere moet een strenge onontkoombare wet voor hem worden waar hij net zo min tegen in opstand komt als tegen de elementen.” (Reil,1808)

Ook België bleef niet achter op dit vlak. Twee belangrijke figuren, Triest en Guislain speelden de hoofdrol in de ontwikkeling van de zorg voor geesteszieken. Dit punt zal later nog concreter worden uitgewerkt.[12]

1.5.1 DE GEBOORTE VAN HET GESTICHT

Midden 17^{e} eeuw ontstonden de eerste gestichten in de Verenigde Staten. Naar hun voorbeeld werden ook bij ons gestichten opgericht. Stilaan kwam er ook kritiek op de opsluiting van geesteszieken. Men aanzag hen nu als ‘zieke mensen’, die recht hadden op een menswaardige behandeling.

---

[10] Over narren, kreupelen, doven en blinden: Leven met een handicap van de Oudheid tot nu, Wuyts, Leuven, 2005

[11] Wegwijs in de psychiatrie, Ras, Amsterdam-Meppel, 1996

[12] Het ontstaan van de psychiatrie, Allegaert, 2002

Vanaf 1800 ontstond er in Engeland en Frankrijk een algemene verbetering in de zorg voor geesteszieken. In Frankrijk bleef opsluiting de meest gehanteerde methode, maar de reden voor de opsluiting was niet alleen meer het afzonderen van de gemeenschap, maar evenzeer het behandelen van 'de zieke'. In Engeland daarentegen ontwikkelde zich de 'morele behandeling'. Bij deze behandeling wilde men de patiënt sterk afhankelijk maken van een gespecialiseerde dokter, de psychiater. Deze probeerde vat te krijgen op de ziekmakende ideeën en passies van de patiënt. De zieken werden voor de behandeling opgenomen in een gespecialiseerde instelling, het psychiatrisch gesticht. Zo werden ze onttrokken aan de ziekmakende invloeden van de omgeving.

1.5.1.1 Geraard de Duivelsteen

Tot 1815 waren ook in Gent de geesteszieken opgesloten. In de crypte van het Geraard de Duivelsteen waren houten kooien gebouwd. Daarin zaten geesteszieke mannen geboeid. Zij werden vaak door de bewakers geslagen als ze iets verkeerd deden. In de winter stond de kelder vaak onder water. Samen met het water kwamen ook ratten binnen. De vrouwelijke geesteszieken zaten opgesloten op een andere plaats, het Vrouwenwesenhuys, weliswaar in dezelfde erbarmelijke en mensonwaardige omstandigheden.

1.5.1.2 Petrus Jozef Triest

Kanunnik Triest werd geboren in 1760 in een rijke burgerfamilie te Brussel als negende kind in een rij van veertien. Hij bezocht in Geel de bekende 'Latijnse Schole' en beëindigde er zijn middelbare studies. Er wordt gezegd dat de jonge Triest zwaar onder de indruk was van de gezinsverpleging in Geel en hij zou zijn vrije uren doorgebracht hebben in het gezelschap van geesteszieken.
Op 26-jarige leeftijd werd hij priester gewijd. Hij ondernam vrij snel een eerste poging om een genootschap van vrome dochters op te richten, een poging die echter op niets uitliep. Later stichtte hij de Congregatie van de Broeders en Zusters van Liefde. Hij verrichtte pionierswerk op vlak van zorg voor geesteszieken.

In 1807 was hij verantwoordelijk voor het Geraard de Duivelsteen, waar de mannelijke geesteszieken zaten opgesloten. In 1815 bevrijdden de Broeders van Liefde de geesteszieken van hun boeien en maakten een eind aan die mensonwaardige toestanden door hen te verhuizen naar het oud-Alexianenklooster. Triest maakte van deze gelegenheid gebruik om een betere medische behandeling te garanderen (Liégeois, A., 1984, p172-195). Zo ontstonden de eerste gestichten die beschikten over een gespecialiseerde geneesheer in geestesziekten. Kanunnik Triest stierf in 1836. De Broeders van Liefde zijn tot op heden actief in de geestelijke gezondheidszorg.

1.5.1.3 Joseph Guislain

Joseph Guislain werd geboren in 1797 te Gent in een gegoede familie van architecten.[13] Op 22 jarige leeftijd studeerde hij af aan de Gentse Universiteit als doctor in de geneeskunde.

Hij zag de toestanden in het Manweeshuys, het Geraard de Duivelsteen en in het Vrouwenwesenhuys en wilde daar iets aan veranderen.

In 1824 nam hij in Brussel deel aan een prijsvraag voor een ontwerp van een instelling voor geesteszieken. In zijn “notice explicative d’ un projet d’ hôpital pour insensés” gaf hij uitleg bij een plan van een te ontwerpen krankzinnigengesticht dat hij zelf had getekend.

Een jaar later werd hij laureaat van de medische prijsvraag van de Commissie van Geneeskundig Toezicht van Noord-Holland met zijn boek: “Traité sur l’ aliénation mentale et les hospices d’ aliénés”(Evrard, A.K., 1989, p83-89). Hij veroordeelde scherp de wantoestanden in de gestichten en klaagde over de tweederangsrol van de geneesheer.

Samen met kanunnik Triest, en in samenwerking met de Broeders van Liefde werd hij in 1828 benoemd als hoofdgeneesheer van de gestichten voor krankzinnigenzorg in Gent, het Geraard de Duivelsteen en het Sint-Jozefshuis. Dr. Guislain bestudeerde zelfs de behandeling van psychische ziekten in het buitenland. Hij schreef verschillende boeken, waarin hij een eigen interpretatie van de psychische behandeling ontwikkelde.

[13] Het Dr. Guislaininstituut in het reformistisch architectuur-landschap, De Meulder, Gent, 2001

Dr. Guislain wilde een gespecialiseerd instituut bouwen voor de geesteszieken. De ontwerpen maakte hij samen met Adolf Pauli, de Gentse stadsarchitect. In 1857 was het gebouw voltooid. Het Guislaininstituut was het eerste krankzinnigengesticht in België dat afgestemd was op de noden en de behoeften van de geesteszieke. Het beschikte namelijk over een eigen architectuur en regime. Door de architectuur en de inrichting van het gebouw wilden de ontwerpers aangenamere gevoelens opwekken bij de patiënt. Dit zou een goede invloed hebben op de verdere behandeling. Daarom had Dr. Guislain in zijn plannen grote tuinen voorzien, en ook ruime zalen, met grote ramen, zodat er veel licht en veel plaats was. De patiënten werden ingedeeld in verschillende categorieën: herstellenden, luidruchtigen, onrustigen, dementen,… Dr. Guislain zorgde ervoor dat de verschillende groepen in aparte afdelingen werden ondergebracht, zodat ze elkaar niet op een negatieve manier konden beïnvloeden.

Hij stierf in 1860, maar zijn invloed was groot geweest en bleef ook na zijn dood werkzaam.

Zijn kennis op en inzicht in de ziekteleer was volledig gebaseerd op de theorie van Pierre Laromiquière, die het onstaan van de ideeën besprak. Volgens hem is de bron van alle ideeën het gevoel, hun oorzaak ligt in de werking van de verstandelijke vermogens. De term ‘sensation’ wordt vervangen door de term ‘sentiment’. Zowel waarnemingen, die voortkomen uit de zintuigen als waarnemingen, die voortkomen uit de inwendige organen en de verstandelijke vermogens bereiken, worden aanvaard. Inwendige en uitwendige gewaarwordingen worden opgevangen door de hersenen en geven een ‘impression’ weer. De hersenen geven de gewaarwordingen als ideeën door aan de ziel. Dit wordt dan de ‘perception’ genoemd. Door de ‘perception’ wordt de mens zich bewust van de ideeën en van zijn intellect en verheft de mens zich boven het dier. De mens verwezenlijkt zijn eigen zelf, het “moi” (Liégeois, A., 1989, p97-103). Ook volgens Guislain was de ‘zetel van de geestesziekte’ terug te vinden in de hersenen en dus niet in de ingewanden, zoals lange tijd was aangenomen. Guislain stelde dat mensen bepaalde waarnemingen doen zonder zich hiervan bewust te zijn. Soms worden inwendige of uitwendige impressies opgevangen door de hersenen die dan, als reactie daarop, bevelen geven aan bepaalde spieren en organen. In het instinct en de gewoonte zag Guislain de mogelijkheid van de perceptie door de hersenen zonder dat

de ziel zich ervan bewust wordt. De ziel is dus immaterieel en is de bewustwording van de intellectuele activiteiten van de hersenen. De ziel kan onaangetast blijven terwijl de hersenen hun functie uitoefenen (Liégeois, A., 1989, p97-103)

Guislain bleek dus een groot voorstander te zijn van de 'traitement moral'. Deze uitdrukking wordt over het algemeen vertaald als 'de morele behandeling'. Toch bedoelde Guislain met moreel iets geestelijks of mentaals, wat erg verschilt van wat wij nu onder moreel verstaan, namelijk het zedelijke. De morele behandeling was volgens Guislain 'een vorm van therapie, die bestaat uit psychologische hulpmiddelen en methoden, ter behandeling van stoornissen van de menselijke geest'. De aard van de gebruikte middelen hing af van de aard van de oorzaken, die de geestesziekten deden ontstaan. Waren de oorzaken psychische, dan moest men therapeutische methoden hanteren. In geval van oorzaken van lichamelijke, organische aard kwamen de lichamelijke medische behandelingsmethoden op de eerste plaats.

Guislain waarschuwde er trouwens voor niet te optimistisch te zijn over deze behandelingen. De therapie zou namelijk ook inwerken op de geest en deze is amper bekend. Maar het feit dat de behandeling in vele gevallen tot een gunstig resultaat leidde, was voor hem genoeg om deze methode aan te houden.

Guislain hanteerde bij de morele behandelingen twee grote categorieën van hulpmiddelen: degene die inwerken op de verstandelijke functies en andere die zich richten op de gemoedsfuncties.

De middelen, die inwerken op de verstandelijke functies werden nog eens onderverdeeld in drie afdelingen: aandacht, verbeelding en het logisch denkvermogen.

Door ontspanning zal men proberen de aandacht af te wenden van een idee of een reeks ideeën die verband houden met de oorzaak van de geestesziekte. Dit kan men realiseren door lichaamsbeweging of door een geestelijke inspanning. De tweede groep morele middelen richt zich op de verbeelding van de geesteszieken. Deze middelen worden vooral gebruikt bij geesteszieken die waandenkbeelden hebben. Het gaat er bij deze behandeling om de zieke in eerste instantie te bevestigen in zijn waandenkbeelden en hem dan vervolgens gradueel te proberen van die waandenkbeelden te bevrijden. Bij de derde groep hulpmiddelen doet men beroep op het logische oordeels- en redeneervermogen van de geesteszieke. Men probeert de

zieke ervan te overtuigen dat hij zich vergist omtrent de kwaliteiten van zijn eigen persoon of die van anderen. Eens de stoornis in de gemoedsfuncties verholpen is, want Guislain maakte van het opwekken van een bepaalde emotie een onderdeel van de morele therapie, kan men overgaan naar de op de intellectuele functies gerichte middelen.

Binnen de categorie van hulpmiddelen die inwerken op de gemoedstoestand onderscheidde Guislain een eerste reeks, die aangename gevoelens opwekt, en een tweede, die onaangename gevoelens teweegbrengt. Het opwekken van aangename gevoelens geniet de voorkeur omdat ze ten eerste bijna nooit de oorzaak zijn van krankzinnigheid en ten tweede omdat ze in hun secundaire werking minder nadelige gevolgen hebben dan de onaangename gevoelens. Het kan gebeuren dat een zieke troost put uit zijn geloof. Indien nu echter wordt vastgesteld dat de oorzaak van zijn ziekte in zijn geloof ligt, dan remt dit geloof de therapie. Het geloof is dus zeker niet voor elke vorm van geestesziekten geschikt. Volgens Guislain was het toch nuttig een geestelijke aan de instelling te verbinden; deze moest wel goed geïnformeerd worden. Godsdienst heeft namelijk ook een opvoedkundig aspect, het was in die tijd het middel bij uitstek om het fatsoen tussen de geesteszieken te verhogen en te handhaven (Van Staeyen, E., 1989, p125-136)

De patiënten, die in het gesticht werden opgenomen, werden onmiddellijk ingeschakeld in de arbeidstherapie. Door het harde werk in het huishouden, op de boerderij of in een werkplaats, werden zij afgeleid van hun ziekmakende ideeën, zo luidde het.

Tot ver in de 19^{e} eeuw werd er in instellingen gebruik, maar ook misbruik gemaakt van dwangmiddelen (In bijlage, een volledig overzicht van de verschillende middelen, geordend in de tijd). De bedoeling was de patiënt en zijn omgeving te beschermen tegen agressie. De patiënt werd vastgebonden in een dwangstoel of werd in een dwangbuis gestopt. Wanneer het echt te heftig werd, werden ‘agressieven’ opgesloten in een isoleercel. Toch probeerde men het gebruik van dwang- en repressiemiddelen in de instelling zoveel mogelijk te beperken.

Vanuit het inzicht dat krankzinnigen als zieken gezien moeten worden, groeit het besef dat ze een geneeskundige behandeling nodig hebben. Dit alles gebeurde zo rond de eeuwwisseling. Vanaf dan sprak men ook van de ‘psychiatrische patiënt’.

Het was ook in die tijd dat de bedverpleging ontstond. Geestesziekte werd beschouwd als een lichamelijke aandoening, een hersenziekte. De psychiatrische patiënt werd de ganse dag in bed verpleegd. Het gesticht werd meer en meer een ziekenhuis. De bedverpleging had echter ook nadelen. Patiënten verveelden zich en werden suf. Te lang in bed liggen veroorzaakte ook infecties en doorligwonden.[14]

Toen werd de zoektocht naar nieuwe kalmeringstechnieken in gang gezet. Men startte met een badtherapie. De onrustige patiënten werden in een bad gevuld met lauw water vast gezet. De badtherapie was zeer effectief, maar de huid van de patiënt kon verweken en zelfs loskomen, als de patiënt te lang in bad moest blijven liggen. Soms vatten de patiënten daar ook kou.[15]

1.6 'Psychiatrie' vanaf midden 19^{e} eeuw

De periode van de Industriële Revolutie wordt gekenmerkt door de 'heilpedagogiek', in een maatschappelijke context van solidariteit aan de ene kant en puur economisch belang aan de andere kant. Men probeerde mensen met een handicap in technische instituten klaar te stomen voor het leven en werken in een fabriek.

Rond 1850 ontstonden de eerste inrichtingen in de Verenigde Staten. Vanaf dan maakte men een driedelig onderscheid binnen de 'idiotie': er waren de verwarden, de dementen en de idioten.

In 1869 ontwikkelde de Engelse psycholoog Galton de term "eugenetica", afgeleid van het Griekse woord eugenes, wat "goede afkomst" betekent. Hij moedigde de mensen van een betere afkomst aan om kinderen voort te brengen en ontmoedigde mensen van een "minder gewenste afkomst" tot het krijgen van kinderen. Hij vond dat hijzelf van betere afkomst was en daarom in staat was om te oordelen over de toekomst van de mensheid. In die tijd werden er sterilisatiewetten uitgevaardigd (eugenetische strekking) om te voorkomen dat zieke mensen zich zouden voortplanten. Deze manier van handelen kwam voort uit het denken dat de mens tot nut moet zijn van de maatschappij. Men wilde een zuiver, gezond en hardwerkend ras kweken.

---

[14] Sint-Jozef Kortenberg: Van 'Maison de Santé' tot Universitair Centrum

[15] Geen rede mee te rijmen, Sint-Martens-Latem, 1989

Ook bij ons kwam de humanisering nu goed op gang. Er groeide een sterke verontwaardiging onder het volk over de slechte 'behandeling' van geesteszieken. Er ontstonden, als antwoord op de wantoestanden van vroeger, veel religieus-caritatieve verzorgingsinstellingen.
In de wetteksten van 1890 zien we voor het eerst de term 'sociale reclassering' verschijnen, waarna de uitbouw van de hulp steeds efficiënter en effectiever gebeurde.
Ondertussen legde Freud met zijn psychoanalyse de basis van de gesprekstherapie en vorderde het onderzoek naar de werking van de hersenen. Vanaf dan sprak men van de biologische psychiatrie, aangezien de geestesziekte verklaard werd door een afwijking in of een disfunctioneren van de hersenen.

1.7 'Psychiatrie' in de 20ste eeuw

In de eerste helft van de 20ste eeuw kreeg men een groter inzicht in de werking van het centrale zenuwstelsel. Men probeerde via de somatische behandelingsmethoden het zenuwstelsel te beïnvloeden om zo de toestand van de geesteszieke te verbeteren. Het zijn de eerste behandelingen geweest die ook echt verbetering brachten in de psychische toestand van de patiënt. Een voorbeeld van een somatische behandelingsmethode is de elektroshocktherapie. Bij deze therapie geeft men de patiënt een kortdurende elektrische shock, waardoor hij het bewustzijn verliest. Deze therapie kon helpen bij depressieve patiënten. Toch werd de therapie al te vaak foutief gebruikt, bijvoorbeeld om te straffen. Er zijn dus ook heel wat gevallen bekend waar het tijdens 'de shock', want zo werd het in de volksmond genoemd, mis is gegaan, soms zelfs met de dood tot gevolg.
Naast deze biologische invalshoek, waarbij men de geestesziekte ziet als een ziekte van de hersenen, komt er vanaf het begin van de 20ste eeuw meer en meer aandacht voor de psychologische oorzaken van de geestesstoornissen. Deze oorzaken zijn dan voornamelijk gewetensconflicten of zelfverwijten. In dergelijke gevallen kan psychotherapie van Freud een oplossing bieden. Hij zag verdrongen seksuele conflicten

als oorzaak van de ziekte en gebruikte methodes als hypnose en droomanalyse om verbetering te brengen in de psychische situatie van de patiënt.[16]

1.7.1 PSYCHIATRIE EN HET NAZISTISCHE GEDACHTEGOED

In 1895 introduceerde psychiater Alfred Ploetz de eugenetica in Duitsland. Deze ontwikkelde al snel tot een vreselijke variant: het vermoorden van de "ongewensten". Enkel de 'raszuiveren' waren van waarde. In zijn geschriften over "het behoud en de ontwikkeling van het ras", inspireerde Ploetz psychiaters ertoe de waarde van mensen vast te stellen en de minderwaardigen te verwijderen en te doden. Meer dan twee decennia voordat de nazi's aan de macht kwamen preekte Rüdin[17] dat: "Alle naties een bijzonder groot aantal minderwaardigen, zwakkelingen, ziekelijken en kreupelen mee moesten slepen. Door een wijze wetgeving op dit gebied (waarbij sterilisatie werd toegestaan), zouden we in staat zijn om ook wat voortplanting betreft rationeel de beste wegen te volgen."[18]

Tegen 1932 werden de zuiveringstheorieën van Ploetz in 26 cursussen aan alle Duitse universiteiten onderwezen. Ook Hitler raadpleegde de werken van Ploetz. Deze werden de basis voor zijn visie op Duitsland. De lijfartsen van Hitler, eugenetici Karl Brandt[19] en Theodor Morell[20] voerden de eerste "zachte dood" uit op gebrekkige kinderen en hielpen psychiaters plannen op te stellen voor het euthanasieprogramma voor kinderen. Twee weken voor de invasie in Polen, begin van de Tweede Wereldoorlog in 1939, plande een commissie de moord op alle misvormde kinderen in Duitsland. Psychiaters en artsen kregen een volmacht om patiënten 'een zachte dood te geven'. Snel daarop volgden de eerste officiële aanvragen voor euthanasie bij volwassenen. Deze aanvragen werden gestuurd naar psychiatrische inrichtingen, waar ze werden

---

[16] Rede en waanzin: Het museum Dr. Guislain in beeld en tekst, Gent, 2001

[17] Rüdin: de schoonbroer van Ploetz. In 1905 richtten ze samen de Duitse Society of Racial Hygiene op.

[18] Dwang in de psychiatrie: Dilemma's, feiten, ervaringen en alternatieven, Jannsen, Amsterdam, 1995

[19] Karl Brandt (1904-1948): was de persoonlijke lijfarts van Adolf Hitler en vanaf 1939 het hoofd van het T-4-euthanasieprogramma van de Nazi's. Hij was ook Rijkscommissaris voor de Gezondheid en Gezondheidszorg.

[20] Theodor Morell (1886-1948): was een Duits arts en was tevens jarenlang Hitlers persoonlijke arts. Hij stond bekend om de vele geneesmiddelen en drugs die hij de 'Führer' toediende, hoewel hij later tegen de Amerikanen verklaarde dat het slechts om onschuldige huis-, tuin- en keukenmiddelen zou zijn gegaan.

geëvalueerd en op basis van deze evaluatie werd dan bepaald wie gedood moest worden.

In 1940 werden dan de eerste "vergassingstesten" uitgevoerd. Onder de codenaam 'T4'[21] kreeg de euthanasieoperatie haar hoofdkwartier in Berlijn, aan de Tiergartenstrasse 4. Aanvankelijk werden enkel "geestelijk gebrekkigen" gedood, maar al snel werden ook de joden als onwaardig beschouwd en werden zij mede slachtoffer, aangezien zij evenmin pasten in het Arische ideaal.

In België ging het er gelukkig niet zo erg aan toe. Bepaalde methoden hadden natuurlijk hun invloed. Zo werden er ook bij ons mensen gedwongen gesteriliseerd. Maar van gestructureerde uitroeiing van geesteszieken was bij ons gelukkig geen sprake.

Op vele vlakken was onze psychiatrie in die tijd "zuiver". Niet alleen omdat er als maar meer aandacht kwam voor de hygiëne, maar omdat we wel mogen stellen dat de psychiatrie bij ons vaak bescherming bood tegen die wrede misdrijven die gebeurden onder invloed van de Nazi's. Zo werden er soms mensen opgenomen in psychiatrische instellingen net om hen te beschermen tegen wegvoering naar de concentratiekampen.

Zoals in alle tijden van de geschiedenis sukkelaars, vluchtelingen, daklozen, mishandelden,… hun toevlucht zochten tot kloosters, refugies, godshuizen, abdijen, pastorijen en kerken (zie nu nog bijvoorbeeld de hongerstakers zonder papieren…) , hebben in de Tweede Wereldoorlog onze psychiatrische instellingen ervoor gezorgd dat mensen in problemen (door het Nazi-Duitse systeem) opgenomen werden en niet naar Duitsland moesten naar de werkkampen of naar de uitroeiingkampen.

Hoewel er tijdens de twee wereldoorlogen gruwelijke dingen zijn gebeurd op het vlak van de psychiatrie met het streven naar een zuiver ras, en daarmee verbonden de eugenetica en het uitroeien van mensen, moeten deze oorlogen toch grotendeels

[21] Het T-4-euthanasieprogramma was de officiële naam van Nazi-Duitslands eugenetische euthanasie en verplichte sterilisatieprogramma. Het werd opgericht door Adolf Hitler en werkte onder de leiding van de kanselarij van het staatshoofd Philip Bouhler en Dr. Karl Brandt. De naam T-4 is afgeleid van het adres van het kantoor, Tiergartenstraße 4 in Berlijn. Het doel van het programma was het behouden van de genetische zuiverheid van het Germaanse volk door het systematisch vermoorden van mensen die misvormd of gehandicapt waren of die leden aan een vorm van psychiatrische ziekte. Eén argumentatie om deze euthanasie te rechtvaardigen was, dat het zinloze bestaan en het zinloze lijden van deze patiënten een reden was om tot deze nazi-euthanasie over te gaan. Euthanasie werd door de nazi-artsen gezien als een daad van barmhartigheid en werd voorgesteld als de meest humane methode om deze zieken om te brengen

verantwoordelijk worden gesteld voor de stroomversnelling waarin de zorg de laatste 50 jaar is terechtgekomen. Ook dit punt zal later meer uitgebreid aan bod komen.
In 1920 kwam de eerste wet, waarin personen met een handicap preventieve maatregelen en medische, onderwijskundige en beroepsgerichte rehabilitatie gewaarborgd worden. Het was ook in die tijd dat de psychiaters uit hun inrichtingen naar buiten traden en de ambulante hulpverlening zijn intrede deed.
Vanaf 1930 werden amfetaminen (stimulerende middelen) gebruikt als antidepressiva. Ondanks het feit dat gevallen van verslaving bijna onmiddellijk werden gemeld, ging men gewoon door met het voorschrijven ervan. In een paar jaar tijd ontwikkelde psychiaters rond 1930 de insulineshock en de metrazol shock. Men probeerde ook via elektroshocktherapie[22] op de hersenen in te werken. Nog een stap verder was het uitvoeren van een lobotomie, waarbij bepaalde delen van de hersenen operatief beschadigd of verwijderd werden. In het begin gebeurde dit vooral door het openmaken van de schedel. Later gebruikte men een naald om via het ooglid door te boren naar de hersenen. In 1935 ontwikkelde de Portugese psychiater Egas Moniz de leukotomie waardoor de hersens vernietigd werden zoals een appel van een klokhuis wordt ontdaan. De Hongaarse Ladislas von Meduna, veroorzaakte plotselinge toevallen bij schizofrene patiënten met de Metrozol (kamfer en olijfolie) convulsie therapie. Ongeveer één minuut na het toedienen van de injectie schoot de patiënt in een convulsie, die soms zo heftig was dat de botten braken, spieren scheurden en tanden los gingen zitten. Soms had deze therapie de dood tot gevolg.

1.8 De recente psychiatrie

In de jaren 50 werden de psychofarmaca ontdekt.[23] Dat zijn medicijnen die rechtstreeks ingrijpen in de geest van de psychiatrische patiënt. De symptomen van psychiatrische

[22] Elektroconvulsietherapie (ECT), of met een oudere aanduiding elektroshocktherapie of kortweg elektroshock, is een behandeling van patiënten waarbij door middel van het opwekken van een epileptisch insult, uitgelokt door een stroomstoot door het hoofd, getracht wordt bepaalde psychiatrische aandoeningen te behandelen. De belangrijkste indicatie voor ECT is een ernstige therapieresistente depressie, waarbij psychofarmaca en psychotherapie niet meer helpen.
Zie bijlage: opsomming van dwang- en repressiemiddelen doorheen de tijd.
[23] History of Neurology in the Netherlands, Frederiks, Amsterdam, 2002

ziektebeelden kunnen met deze medicamenten beter onder controle gehouden worden. Dit heeft als gevolg dat de patiënt zich meer aanvaardbaar gedraagt in de maatschappij. De patiënt moest vanaf dan niet meer constant in de instelling verblijven.
Maar de psychofarmaca hebben ook heel wat nadelen. Soms hebben ze nare bijwerkingen en zijn ze verslavend. Ruwweg spreken we over drie soorten medicamenten. Tranquillizers is de verzamelnaam voor de medicijnen die gebruikt worden tegen angst, stress, slapeloosheid en andere psychosomatische klachten. Bij hevige opwindingstoestanden, gepaard gaand met psychosen, gebruikt men antipsychotica. Bij ernstige neerslachtigheid, bij depressie of maniakaal gedrag worden vaak antidepressiva voorgeschreven.
Na 1950 stellen we een worsteling plaats tussen een trage behoudende strekking en anderzijds een progressieve, op verandering gerichte strekking. Als exponenten daarvan zagen we enerzijds het voortzetten van het instituutgerichte denken en anderzijds de inrichting, die geloofde in ontwikkeling en in integratie als medeburgerschap.
Heel recentelijk kwamen de medische en de psychologische benaderingen samen. Zo heeft men nu meer inzicht in de complexe werking van de hersenen en de negatieve bijwerkingen van medicatie kunnen beter worden opgevangen. Maar anderzijds hecht men ook veel belang aan de mentale en sociale oorzaken van psychiatrische stoornissen.
In de Scandinavische landen werd het normalisatieprincipe uitgewerkt en in de praktijk gebracht. Het stelt dat alle personen met een verstandelijke handicap in levensomstandigheden moeten worden gebracht, die zo dicht mogelijk de ‘gewone’ levensomstandigheden van de samenleving benaderen. Deze benaderding wordt als sleutel tot integratie beschouwd.
Deze integratiebeweging zette zich ook bij ons door. Vandaag is een psychiatrische instelling niet meer het gesticht aan de rand van de stad. Het is in bijna geen enkel opzicht nog te vergelijken met de gesloten instelling van het begin van de 20ste eeuw. Tegenwoordig streeft men ernaar de patiënt volwaardig deel te laten uitmaken van de maatschappij.

Democratie, participatie, verdraagzaamheid, zelfrealisatie, het doorbreken van taboes,… het waren de modewoorden in de jaren 60, ook in onze contreien. In deze tijdsgeest werd het gesloten gesticht bekritiseerd. Ook de antipsychiatrie stak de kop op. Deze stelt de geesteszieke als mens centraal en benadrukt het maatschappelijk bepaald zijn van psychiatrische aandoeningen. De evolutie naar een open psychiatrisch centrum werd voortgezet. Vanaf 1960 kwam er meer personeel in de psychiatrische instellingen werken: sociaal assistenten, psychologen, ergotherapeuten, bewegingstherapeuten,… Belangrijke therapeutische beslissingen werden niet enkel meer genomen door de psychiater, maar door een team van therapeuten. De arbeidstherapie verdween meer en meer en maakte plaats voor nieuwere vormen, zoals bijvoorbeeld de creatieve therapie. De kunstzinnige expressie van geesteszieken werd meer au sérieux genomen.

De 'wet op de ziekenhuizen' van 23 december 1963 betekende de definitieve afsluiting van een periode, waarin de geesteszieke eerst en vooral bewaakt en beschermd (en de samenleving beschermd tegen de geesteszieke) en pas in tweede orde behandeld werd. Er kwamen behandelingsgeoriënteerde diensten ter vervanging van de oude diensten. Voortaan zouden er slechts twee soorten bedden bestaan voor volwassenen. A-bedden voor acute of intensieve behandeling en T-bedden voor langdurige behandeling en resociabilisering. De partiële behandeling wordt mogelijk. Zo kan een persoon deeltijds in behandeling genomen worden, alleen overdag of alleen 's nachts.

Het psychiatrisch ziekenhuis, zoals wij het nu kennen, wil op de eerste plaats mensen met psychische moeilijkheden behandelen. Mensen terug in de samenleving brengen blijft de grote opdracht. Men spreekt over resocialisatie en rehabilitatie.

In 1973 kwam er een aanvulling op de ziekenhuiswet met de ziekenhuisprogrammatie. Het is was in deze periode dat in algemene ziekenhuizen de eerste psychiatrische afdelingen werden geopend. Psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen worden gebruikelijk afgekort als PAAZ-afdelingen.[24]

Er ontstonden nog een aantal nieuwe vormen van psychiatrische hulpverlening, die beter afgestemd moesten zijn op de behoeften van de patiënt. Daardoor hoeven mensen met psychische problemen niet altijd meer te verblijven in een psychiatrisch

[24] Witboek: 25 jaar misbruiken en wantoestanden in de psychiatrie in Vlaanderen, Vanhaelen, Dilbeek, 2003

ziekenhuis. Zij kunnen ook geholpen worden in voorzieningen buiten het ziekenhuis, zoals in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGGZ). Een ander belangrijk initiatief is het 'beschut wonen', waarbij een aantal patiënten onder een beperkte begeleiding samenwonen in een huis in de stad. Patiënten kunnen ook via dagbehandeling geholpen worden in dagcentra. Er kwam ook een ambulante nazorgdienst voor personen, ontslagen uit een psychiatrische instelling.
Het woord 'psychiatrie', dat eigenlijk nog maar een goede honderd jaar bestaat, werd steeds meer vervangen door de term 'geestelijke gezondheidszorg'. Dit kan gezien worden als een aanwijzing dat men de behandeling van psychische problemen ook buiten de psychiatrische instellingen mogelijk achtte en men af wou van de sterke associatie dat psychiatrische problemen enkel in een instelling te behandelen waren. Het hoofddoel van al deze vernieuwingen was de heroriëntatie en afbouw van de grote instellingen en de uitbouw van een geografisch goed gespreid netwerk van ambulante, extramurale hulpverlening.
Ook de maatschappelijke trend van de jaren zeventig en tachtig, was belangrijk voor de ontwikkelingen in de psychiatrie. Hoewel de antipsychiatrische ideeën in België weinig actieve verdedigers kenden, toch kleurde ze sterk het beeld over de psychiatrie en vooral over het psychiatrisch ziekenhuis. De jonge medewerkers van de diensten voor geestelijke gezondheidszorg waren daar gevoelig voor. Zij geloofden in de maakbaarheid van mens en samenleving, en psychotherapie was daarbij een instrument.
Daarnaast moet zeker vermeld worden dat de biologische psychiatrie de laatste jaren zeer belangrijke evoluties kende. Medicatie voor psychiatrische aandoeningen heeft meer resultaat en minder bijwerkingen. Op dit vlak mogen we dan ook in de nabije toekomst nog grote verwachtingen koesteren. Toch zijn er vandaag de dag nog altijd stemmen, die deze positieve noot ontkennen. Deze mensen beweren dat de wetenschap nog steeds niet ver genoeg staat op dit vlak en dat psychiaters maar medicatie voorschrijven om de patiënt rustig te houden en om er zelf op financieel vlak beter van te worden. We kunnen dus stellen dat onderzoek op dit vlak zeker nodig is.
De laatste tien jaar groeiden heel wat nieuwe voorzieningen op het gebied van de verslavingszorg en vooral de zorg voor drugsafhankelijken. Het gaat dan om

therapeutische gemeenschappen, waar drugsverslaafden samen leven en geholpen worden maar onderworpen aan regels.

Een andere vorm van hulpverlening, die al meer dan 20 jaar bestaat, maar recent opnieuw bloeit, is het activiteitencentrum. Daar kunnen zeer uiteenlopende activiteiten aan bod komen. Die variëren van eerder kunstzinnige activiteiten (kleiwerk, vlechten, knutselen, schilderen,…) tot meer arbeidsgerichte centra (fietsherstelling, montage, houtbewerking, bakkerij,…)

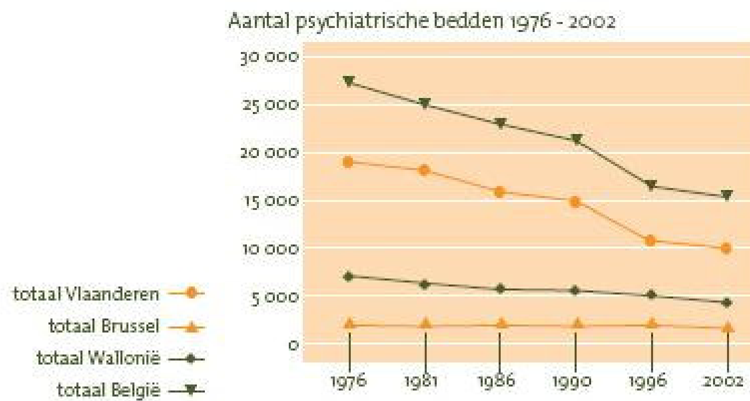
Een volledig nieuwe manier van hulpverlening is de psychiatrische thuiszorg. Vanuit de vaststelling dat heel wat personen met psychische problemen in de samenleving leven zonder gepaste psychische zorg, groeide stilaan het inzicht dat de zorg beter kan verstrekt worden, daar waar de psychische zieke zich bevindt. Iedereen is ervan overtuigd dat psychiatrische zorg aan huis een noodzakelijke uitbreiding is van het zorgaanbod, maar hoe het precies georganiseerd moet worden is nog een vraagteken.

Hierbij geef ik een aantal cijfergegevens, namelijk de indeling van de patiënten over de verschillende vormen van psychische hulpverlening. Het was veel moeilijker dan ik dacht om daarover realistische cijfers terug te vinden, aangezien concrete cijfers en feitelijke gegevens in verband met psychiatrie gewoonlijk onbestaand zijn of anders bijna helemaal gemanipuleerd. Zo staan er geen concrete cijfergegevens over patiënten (diagnose, behandeling,…) in het activiteitenverslag van PopovGGZ[25] van 2006 en evenmin in het verslag van de Externe ombudsfunctie GGZ Vlaanderen van 2004. Wel vond ik iets minder recente cijfers over het aanbod en gebruik van zorg in België.

De Minimale Psychiatrische Registratie (MPG) levert de informatie over het reële gebruik van de psychiatrische instellingen in België

[25] PopovGGZ: Provinciaal overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen.

Begin de jaren ‘70 was het aantal psychiatrische bedden het hoogst ooit. Onderstaande grafiek geeft daar een beeld van.



Het aantal bedden in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen is op twintig jaar tijd ruim verdubbeld. Ook het relatieve belang van de PAAZ-bedden is sterk toegenomen, van 4% in 1979 naar 13% in 2002.

De volgende tabel geeft een overzicht van de bestaande voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg en van het gebruik ervan.

Vlaanderen	aantal	personeel (FTE) *	plaatsen/ bedden *	patiënten per jaar *
Psychiatrisch ziekenhuis	38	5.000	10.200	22.000
Psychiatrisch verzorgingstehuis	23	1.000	2.400	2.400
Beschut wonen	43	300	2.350	2.400
Paaz	35	1.000	1.250	12.500
CGGZ	21	630	-	56.000
privé-psychiaters	800 *	?	-	?
privé-psychologen	200 *	?	-	?
psychotherapeuten	?	?	-	?
Totaal		8.000		95.300

Overzicht aanbod en gebruik geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen, 2002
(*) benaderende cijfers

In 2002 stonden 630 voltijdse equivalenten in voor het bieden van ambulante zorg aan psychiatrische en psychosociale hulpvragen in Vlaanderen. In de Vlaamse

psychiatrische ziekenhuizen zijn er ongeveer 5000 mensen aan het werk. In psychiatrische verzorgingstehuizen zijn het er ongeveer 1000 en in beschut wonen zo een 300-tal.

Ook het gebruik van de geestelijke gezondheidsvoorzieningen wordt in kaart gebracht, zowel in de residentiële voorzieningen als in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

België	Aantal opnames	aantal bedden	gemiddelde opnameduur (dagen)
Psychiatrisch ziekenhuis	43.000	16.683	161
Paaz	39.947	2.000	23

M.P.G. registratie 1998

Hoewel er acht keer meer bedden zijn in psychiatrische instellingen dan in PAAZ-instellingen, is het aantal opnames in psychiatrische instellingen niet veel hoger. Wel is de opnameduur veel langer in psychiatrische instellingen dan in PAAZ-instellingen. In psychiatrische ziekenhuizen zijn er grote verschillen te noteren in opnameduur volgens de aangemelde diagnose, wat bij PAAZ'en veel minder het geval is. De leeftijd van alle opgenomen personen in 1998 is sterk gelijklopend bij de 2 diensten. Het overgrote deel van de opgenomen personen behoren tot de beroepsactieve groep (19 tot 64 jaar).

In 1986 had een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg gemiddeld 453 patiënten in behandeling. Ruim 10 jaar later was dat opgelopen tot 652, een stijging met 44%. Afgaande op de leeftijdsverdeling kunnen we stellen dat 30% van de personen in behandeling jonger zijn dan 18 jaar. Mensen vanaf 60 jaar zijn relatief gezien zwak vertegenwoordigd.

Iets recentere cijfers, maar dan meer algemeen, vond ik in een onderzoek van Steunpunt Algemeen Welzijnswerk. Deze geven weer hoeveel mensen in Vlaanderen te kampen krijgen met gezondheidsproblemen allerhande. Daarin valt het wel op dat psychische ziekten het meest voorkomen.

Tabel 1: Gezondheidsproblemen naar leeftijd, 2002 (in %), Vlaanderen

Leeftijd	**Ja**	**Neen**	**Totaal**
< 21	76,9	23,1	100,0
21-50	75,4	24,6	100,0
> 50	74,5	25,5	100,0
Totaal	75,4	24,6	100,0

bron: Van Menxel e.a. (2003), *Verbinding Verbroken*, Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, p. 46

Tabel 2: Gezondheidsproblemen naar geslacht, 2002 (in %), Vlaanderen

Geslacht	**Ja**	**Neen**	**Totaal**
Man	75,0	25,0	100,0
Vrouw	76,1	23,9	100,0
Totaal	75,4	24,6	100,0

bron: Van Menxel e.a. (2003), *Verbinding Verbroken*, Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, p. 46

Tabel 3: Aard van de gezondheidsproblemen naar leeftijd, 2002 (in %), Vlaanderen

Gezondheidsprobleem	**Leeftijdscategorieën**			
	-21	**21-50**	**51 en meer**	**Total**
Fysieke handicap	7,7	10,9	16,4	11,7
Mentale handicap	8,0	16,6	18,5	16,2
Psychische problemen	73,1	57,8	45,3	56,8
Chronische ziekte	4,0	13,5	33,3	16,7
TBC	-	3,0	3,7	3,1
Kanker	-	1,7	9,3	3,2
AIDS/HIV	4,5	1,2	1,9	1,6
SOA	4,5	0,6	1,9	1,3
Andere	8,3	17,1	22,6	17,4
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

bron: Van Menxel e.a. (2003), *Verbinding Verbroken*, Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, p. 47

Tabel 4: Aard van de gezondheidsproblemen naar geslacht, 2002 (in %), Vlaanderen

Gezondheidsprobleem	Man	Vrouw	Totaal
Fysieke handicap	15,7	3,4	11,7
Mentale handicap	19,0	10,5	16,2
Psychische problemen	54,5	61,4	56,8
Chronische ziekte	17,4	15,3	16,7
TBC	3,5	2,4	3,1
Kanker	1,2	7,1	3,2
AIDS/HIV	2,4	-	1,6
SOA	1,2	1,3	1,3
Andere	18,7	14,9	17,4
Totaal	100,0	100,0	100,0

bron: Van Menxel e.a. (2003), *Verbinding Verbroken*, Steunpunt Algemeen Welzijnswerk,p.47

Bij deze cijfers wil ik toch graag nog even duidelijk stellen dat voorzichtigheid bij het interpreteren geboden is. Er wordt tot op heden nog steeds niet zoveel aandacht besteed aan het in kaart brengen van cijfergegevens vanuit de psychiatrische hulpverlening. Verder bestaan er nog heel veel andere vormen van psychologische hulp, waar we al helemaal geen zicht op hebben. Denken we maar aan de zovele therapeuten. Wanneer men toch gegevens in kaart brengt, moeten we er dus rekening mee houden dat deze onvolledig zijn en vaak ook gemanipuleerd, om zo aan te sluiten bij de visie van de organisatie. Uit deze cijfergegevens mogen we dus enkel een indruk overhouden, want een betrouwbaar beeld geven deze cijfers echter niet.

1.9 Een toekomstperspectief

Mogelijke evoluties in de geestelijke gezondheidszorg zijn gericht op het ontwikkelen, uitbouwen, organiseren en optimaliseren van de hulpvormen. Nederland is hierbij voor ons nogal vaak een voorbeeld. Misschien zijn er hier en daar nieuwe soorten diensten nodig, maar ook bestaande diensten, dienen aangepast te worden.

De evolutie in de geestelijke gezondheidszorg is gericht op continuïteit-van-de-zorg, zorg-op-maat, de-zorg-volgt-de-patiënt,… De zorgvraag zou moeten primeren op het zorgaanbod. Dit is quasi tegenovergesteld aan de organisatie van de hulpverlening tot op heden. Men wil die op twee manieren aanpakken. De ene is het ontwikkelen van zorgcircuits. Daarbij organiseert men het aanbod van de zorg rond een bepaalde doelgroep (delinquenten met psychiatrische problemen, kinderen,…). Dit leidt tot functionele samenwerking rond een hulpvraag. Netwerkontwikkeling is ongeveer hetzelfde, maar is eerder regionaal georganiseerd. Zorgcircuits en netwerken sluiten elkaar niet uit, maar zijn eerder complementair.
Medewerkers van de geestelijke gezondheidszorg moeten langzaam aan beseffen dat zij niet alleen kunnen en moeten instaan voor de geestelijke gezondheid van de Vlaamse bevolking. Ook andere maatschappelijke geledingen, zoals de Centra voor Leerlingenbegeleiding en de brede waaier aan jeugdvoorzieningen dragen bij aan de geestelijke gezondheid.
We moeten mensen aanmoedigen door middel van grote publiekscampagnes om beter over hun eigen gezondheid en welbevinden te waken. Dit gaat voor velen een mentaliteitsverandering teweeg brengen.
Rond het fenomeen ‘psychiatrie’ hangt er vandaag de dag nog steeds een duistere sluier. Het komt er dus in de toekomst op aan open kaart te spelen naar de bevolking toe en hen juist te informeren. Vele mensen aarzelen om psychiatrische hulp te zoeken en we moeten dus proberen de drempel te verlagen. Een eerste grote stap daarin zou zijn, de taboes omtrent het onderwerp weg te werken.
Ten eerste moet men de geestelijke gezondheidszorg uit de sfeer van de ‘krankzinnigheid’ halen. Daarbij is het van belang dat mensen inzien dat een geestelijke ziekte ook een ziekte is, waar iedereen vatbaar voor is. Vervolgens kan het ook een meerwaarde hebben dat er meer aandacht komt om psychiatrische patiënten opnieuw een plaats te geven in de samenleving. Het komt er dus opnieuw op neer om de bevolking te informeren, de sfeer rond de geestelijke gezondheidszorg open te breken.

Deze taboes wijzen erop dat oorzaken van psychische ziekten in de volksmond al te vaak worden toegeschreven aan een te zwakke persoonlijkheid, een gebrek aan

wilskracht of aan het maken van de verkeerde keuzes. Daardoor zouden geesteszieken maar moeilijk geholpen kunnen worden. Ook de vreselijke geschiedenis van het 'zothuis' met zijn wrede praktijken blijft de geestelijke gezondheidszorg nog steeds achtervolgen. Daar komt nog eens bij dat de misbruiken en de schendingen van de mensenrechten wel duidelijk belicht worden, vaak in tegenstelling tot de positieve effecten en de regelingen die daartegen reeds werden getroffen. Misschien zou een taboedoorbrekende campagne kunnen helpen om deze duistere sfeer te doorbreken.

Natuurlijk moet er ook beweging komen in de sector zelf. Al te vaak zien we dat mensen al heel snel naar een psychiater stappen en daarbij de eerstelijnszorg overslaan. Dit ligt vooral aan het feit dat mensen nogal onwetend zijn op dit vlak. Een mogelijke oplossing zou zijn, de mensen beter te informeren over de mogelijkheden en de verschillende vormen van hulpverlening. Het aanbod moet natuurlijk ook afgestemd worden op de vraag.

Om adequater hulp te kunnen bieden zal verder onderzoek broodnodig zijn: onderzoek naar de precieze oorzaken van de psychische ziekten op alle vlakken. Daarna moeten ook de verbanden met de symptomen aangetoond worden. Dit vraagt nog heel wat werk. Er moet anderzijds ook onderzoek gedaan worden naar het nut van nieuwe therapieën. Want tot op heden werd er door het gebruik van dwangmiddelen en wrede therapieën soms meer kwaad dan goed gedaan.

Er is ook nog veel werk aan de winkel op het vlak van registratie. Het is erg moeilijk om cijfergegevens te vinden over de verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg en hun gebruikers. Nog veel moeilijker is het om correcte cijfers te pakken te krijgen, want deze worden nog te veel gemanipuleerd, om zo overeen te stemmen met de visie van de organisatie. Natuurlijk moeten we daarbij beseffen dat dit geen gemakkelijke opdracht is, aangezien mensen daar niet altijd openlijk voor willen uitkomen. Er zullen ook altijd mensen zijn, die psychische zorg of steun nodig hebben, maar daar niet naar op zoek gaan. Ook zijn er een heel aantal personen, die geestelijke ondersteuning geven en zichzelf therapeuten noemen. Mede hierdoor blijft men voor een deel in het duister tasten en kan men hoogstens gissen naar de reële cijfers en zo tot een benadering komen.

DEEL II: WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

In het eerste deel van de scriptie schetste ik de geschiedenis van ‘de psychiatrie’ in het algemeen, om van daaruit de Belgische situatie beter te kunnen begrijpen.
In het tweede en belangrijkste deel van de thesis beschrijf ik mijn eigen onderzoek. Ik had namelijk gesprekken met een tiental mensen, die bereid waren te getuigen over hun verleden in of met de psychiatrie. Ook vroeg ik een tiental personen, voor wie psychiatrie een ver van mijn bed show is, naar hun mening en visie over het onderwerp. Op die manier trachtte ik een vrij objectief beeld te schetsen over hoe mensen momenteel over psychiatrie denken. Deze bevindingen probeerde ik dan te linken aan de taboes uit de literatuur, opgesomd in het eerste deel van mijn scriptie. Om zo tot een aantal conclusies te komen.

1 METHODE

Door het uitdiepen en onderzoeken van de geschiedenis van de psychiatrie wilde ik antwoorden vinden op een aantal vragen. Welke visie had men door de eeuwen heen tegenover geesteszieken en hoe ging men er mee om? Welke repressiemiddelen en dwangmaatregels gebruikte men daarbij? Hoe is dit stilaan veranderd? Wat droeg daartoe bij? Aan welke factoren kunnen we deze verandering nog toeschrijven? In welke richting, meen ik, dat het hele gebeuren in de toekomst zal evolueren?
Precies daarom koos ik de evolutie van de psychiatrie als onderwerp voor mijn thesis. Snel daarna begon ik aan de literatuurstudie. Een eerste algemene zoektocht op het internet leverde maar weinig bruikbaars op. Het was pas na een gesprek met mijn promotor, Prof. dr. F. Simon, dat alles vlotter begon te lopen. Zo gaf hij me enkele titels van boeken, die volgens hem interessant konden zijn. Daarenboven noemde hij een aantal personen en organisaties, die me eventueel verder zouden kunnen helpen in mijn zoektocht naar informatie.
Al snel kwam ik bij het Dr. Guislain museum, waar ik de tentoonstellingen bezocht. Iemand van het personeel gaf me de tip zeker ook een kijkje te gaan nemen in hun

vormingscentrum. Daar vond ik heel wat bruikbare boeken en artikels. Ik bezocht ook andere bibliotheken om nuttig informatie te vergaren. Ik doorbladerde vele boeken, las het bruikbare en vatte belangrijke delen samen.
Intussen had ik een beter zicht gekregen op de gebruikte terminologie, waardoor ik erin slaagde gerichter op het net te zoeken. Ik gebruikte zoekmachines als Web of Science, Scholar Google,..., daar vond ik een aantal nuttige internationale artikels.
Vanuit deze literatuur probeerde ik een soort schema of structuur op te stellen voor mijn thesis.
Nog later kwam ik in contact met de Sarahbeweging. De voorzitter, Jan Vanhaelen, bood me heel wat informatie aan: boeken, artikels, brochures, dvd's, tijdschriften cases van mensen die psychiatrische hulp aan den lijve hadden ondervonden, mensen die me verder konden helpen en mensen, die wilden getuigen over hun ervaringen,… Opnieuw had ik heel wat info door te nemen. Dit keer leek de verkregen informatie iets meer praktisch. Ik heb dan geprobeerd deze ervaringen in te passen in het theoretische kader, opgemaakt uit de internationale literatuur. Op die manier kon ik de evolutie van de psychiatrie schetsen. Deze geschiedkundige blik is zeer belangrijk om het vervolg van de scriptie te kunnen interpreteren. Het zijn namelijk de gebeurtenissen uit de geschiedenis die determinerend zijn voor het heden. Zo ook is de hedendaagse psychiatrie gevormd tot wat ze is doorheen de eeuwen heen. Het is daarbij wel de bedoeling dat we leren uit de geschiedenis en bijvoorbeeld fouten die toen gemaakt werden, niet opnieuw maken.
Na de literatuurstudie voerde ik een kleine 'casestudie' uit onder de vorm van een ongestructureerd interview met open vragen. Ik interviewde een twintigtal mensen in verband met hun mening over psychiatrie. Voor de interviews had ik een aantal vragen voorbereid voor het geval het gesprek stil zou vallen of ik niet de nodige informatie zou bekomen. Toch wilde ik dat de gesprekken ongedwongen verliepen en dat de getuigen vrij konden vertellen wat ze wilden, zonder dat ik ze door middel van vragen een bepaalde richting induwde. De meeste gesprekken verliepen vlot en op een vertellende manier kreeg ik als vanzelf antwoorden op mijn vragen. Wel was het niet altijd eenvoudig 'to the point' te blijven, aangezien bepaalde getuigen begrijpelijk, erg emotioneel waren tijdens het gesprek en vooral hun eigen verhaal vertelden. Hun eigen

verhaal en ervaringen zijn natuurlijk belangrijk om hun mening en visie op psychiatrie te kunnen kaderen, toch was het vooral hun visie, idee, mening over psychiatrie dat me interesseerde. Precies om hun verschillende visies kunnen af te zetten tegenover de opgesomde taboes uit de literatuur en om zo eventuele linken te ontdekken. Om de verhalen nadien nog te kunnen gebruiken, nam ik ze op band op. Eén gesprek voegde ik met toestemming van de getuige en in alle anonimiteit toe als bijlage aan deze thesis.

2 RESULTATEN

In deze overvloed aan informatie, zag ik in het begin maar weinig structuur. Na enkele maanden met deze informatiebronnen gewerkt te hebben en er tussen geleefd te hebben, kwam ik tot een mogelijke indeling.
Bepaalde bronnen beschreven de geschiedenis aan de hand van personen, die van belang zijn geweest voor de psychiatrie. Andere belichtten eerder de verschillende mens- en wereldbeelden, die eigen waren aan een bepaald tijdperk. Sommige waren opgevat vanuit een sociaal perspectief, andere eerder vanuit economisch en nog andere dan weer een politiek standpunt.
Door middel van analyse probeerde ik de informatie te clusteren. In een eerste deel zou ik de algemene geschiedenis schetsen, over verschillende tijdsperiodes heen.
Om van daaruit dieper in te gaan op de situatie in België. De Belgische historiek zou beschreven worden aan de hand van scharnierperiodes, van belang voor de psychiatrie door hun wreedheid of juist doordat ze positief waren voor de vooruitgang ervan.
Voor het tweede deel van mijn thesis interviewde ik een twintigtal personen. Een tiental daarvan hadden zelf van dichtbij ervaren wat psychiatrie was. Door hun ervaringen hebben ze zich een beeld gevormd over het onderwerp. Meer zelfs, bij nagenoeg alle mensen uit deze groep roept het woord psychiatrie bepaalde gevoelens op. Het was geen sinecure om mensen te vinden die wilden getuigen over hun psychiatrisch verleden. Wel vond ik tamelijk vlug in mijn eigen kennissenkring twee mensen die bereid waren hun verhaal te doen. Toen ik zelf geen respondenten meer kon vinden, riep ik de hulp in van Jan Vanhaelen, de voorzitter van de Sarahbeweging. Op willekeurige basis gaf hij me namen door van mensen, waarvan hij wist dat ze in het

verleden met psychiatrie in contact waren gekomen en die misschien wel bereid waren daarover te getuigen. Ik heb toen persoonlijk contact opgenomen met elk van hen en uitgelegd wat precies de bedoeling was en dat ik dit alles deed in het kader van mijn scriptie aan de universiteit van Gent. Hoewel ik allen discretie en anonimiteit garandeerde, weigerden enkelen, omdat een interview voor hen te confronterend zou zijn. Op die manier mag ik stellen dat de respondenten 'at random' werden geselecteerd. Ze kwamen vanuit Oost-Vlaanderen, West-Vlaanderen, Limburg, Vlaams-Brabant en Antwerpen. Er getuigden evenveel mannen als vrouwen. Naar leeftijd toe had ik geen eisen vooropgesteld, toch kwamen de respondenten uit verschillende leeftijdscategorieën. Deze diversiteit in de factoren komt voort uit het willekeurig selecteren van respondenten en berust dus volledig op toevalligheid. De tweede groep had nagenoeg een even sterk beeld over psychiatrie, maar voor hen lag het onderwerp minder gevoelig. Voor hen was psychiatrie eerder een ver van mijn bed show en hun beeld werd gevormd door de media, artikels, boeken, verhalen, van horen zeggen, tentoonstellingen,… Deze respondenten, waren gemakkelijker te vinden en kwamen dus allemaal uit mijn eigen kennissenkring. Wel zorgde ik er nu bewust voor dat ik evenveel mannen als vrouwen ondervroeg en dat ze verschilden in leeftijd. De jongste respondent was namelijk 14 jaar en de oudste 82. Deze waren woonachtig te West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen, Antwerpen en Vlaams-Brabant.
Het zou me te ver brengen al deze interviews uit te schrijven. Toch wil ik de belangrijkste punten uit de getuigenissen hier samenvattend weergeven. Want net die punten getuigen van het feit hoe leerrijk en interessant het was om dit onderzoek uit te voeren. Vaak heb ik met verbazing geluisterd naar de verhalen van de getuigen, soms zelfs met ongeloof. Een enkele keer voelde ik me niet echt op mijn gemak door de gruwel van de verhalen en door mijn onwetendheid. Evenmin ga ik hier de persoonlijke situaties van de getuigen uit de doeken doen, aangezien niet iedereen dit zou appreciëren. Wel ga ik proberen schetsen hoe zij psychiatrie zien en wat zij erover denken.

Voor 'getuige 1', een vrouw van 70 jaar, woonachtig in de omgeving van Gent, betekende psychiatrie vooral onderdrukking. (zie bijlage 3) Ze verbleef in de psychiatrie

van 1953 tot 1985. Uit haar verhaal kwam naar voren hoe gesloten de psychiatrie wel was. Haar enige blik op de buitenwereld bestond erin contact te houden met het personeel, mee te helpen in de wasserij, mee te werken met de kuisploeg en ellenlange gesprekken te slaan met de verzorgers… Ook vertelde ze dat de nonnen je vooral wilden doen geloven dat je echt gek was op allerlei manieren: door je te kleineren, door je te dwingen dingen te doen, door je vast te binden, door je te isoleren, door elektroshocks toe te dienen, door je in koude baden te zetten, door je te dwingen harde arbeid te verrichten waar je niets voor kreeg,… De nonnen hadden het voor het zeggen en het enige waar ze op uit waren was op geld en profiteren van hun patiënten. Het personeel voerde hun wetten uit. Een enkele keer heeft ze gezien hoe iemand dood terugkeerde van de elektroshocks, die toen nog vaak als straf werden gebruikt. Deze dood werd met de mantel der liefde bedekt en omschreven als een hardstilstand. Ze mocht ook maar enkele keren naar huis, kreeg zelden bezoek en dan alleen nog maar van familie. Ze werd op alle vlakken dom gehouden, zowel naar het verwerken van gevoelens toe, als naar het leven in een gemeenschap toe. Toen ze uiteindelijk na een lange strijd van meer dan 30 jaar dan toch uit de psychiatrie geraakte, doordat er een nieuwe psychiater aan de psychiatrie verbonden werd, die alle dossiers opnieuw onderzocht. Ze beweert zichzelf met behulp van een maatschappelijk assistent te hebben vrijgepleit. Nog enige tijd woonde ze in een project begeleid wonen, alvorens ze terug volledig op eigen benen moest staan. Ze vertelde dat de wereld in 30 jaar tijd zoveel veranderd was, dat ze van niets geen verstand meer had en dat het haar ongelooflijk veel moeite heeft gekost zich terug aan het reguliere leven aan te passen. Intussen was ze ongeveer 50 jaar en kon ze maar moeilijk werk vinden. Ook al haar papieren in orde brengen was erg ingewikkeld en duurde lange tijd. Uiteindelijk heeft ze dan uit eigen beweging beroep gedaan op een maatschappelijk werkster, die haar in deze zaken begeleidde. Ze leeft nu reeds meer dan 20 jaar in de maatschappij en doet het bijzonder goed.

‘Getuige 2’, een vrouw met parapsychologische gaven van 58 jaar oud uit Aalst zag psychiatrie eerder als onrecht, zelfs een misdaad tegen de menselijkheid. Vooral omdat psychiaters beslissingen durven nemen op basis van de mening en getuigenissen van

buitenstaanders, soms zonder de mens in kwestie te horen en verder onderzoek te doen. Ze bekijken meestal ook niet het volledige plaatje. Zo letten ze op hoe de persoon zich nu gedraagt en op basis daarvan plakken ze hem een etiket op en proberen ze de symptomen aan te pakken. Maar veel te weinig vragen ze zich af hoe de persoon tot dit gedrag komt en wat deze persoon allemaal al heeft meegemaakt. Nog minder pakken ze de oorzaken zelf aan. Het is dus volgens haar een zeer bekrompen wereld. Psychiaters zijn volgens haar sluwe en slimme mensen op financieel vlak, want in het vullen van hun eigen zakken en de rekening van de instelling zijn ze vaak heel goed, maar op vlak van hulpverlening en genezing baseren ze zich enkel op andere gevallen of op vroegere ervaringen en niet op wetenschappelijke kennis. En aangezien geen twee mensen dezelfde zijn, kan deze aanpak onmogelijk werken.
Psychiatrie is volgens haar dus alles behalve wetenschappelijk. Ze experimenteren er maar op los, schrijven medicatie voor, testen ze uit en wanneer deze niet blijkt te werken of teveel nevenwerkingen vertoont, proberen ze gewoon een andere soort. Op die manier hebben ze al heel veel mensen kapot gekregen.
In de psychiatrie beroven ze mensen sowieso van hun vrijheid, een aantal keren zelfs stelde ze binnen een psychiatrie echte misdaden vast. Zo zag ze hoe mensen die weerstand boden lichamelijk gepijnigd werden, hoe mensen onterecht werden vastgebonden met geweld, hoe mensen niet genoeg eten kregen, hoe mensen weg kwijnden van verdriet en eenzaamheid, … Volgens haar is psychiatrie een dictatuur en berust het hele gebeuren op winst maken. Het is dus vooral een economische kwestie.

Voor ‘getuige 3’, een man van 40 jaar uit Aalst, is psychiatrie vooral onrecht. Psychiaters duwen je in hokjes en plakken moeilijke namen op je. Verder kleineren ze je door het telkens te hebben over je negatieve kanten en je wangedrag. Nooit hebben ze het over je talenten en gaven. Op die manier doen ze je geloven dat er echt iets aan je schort. Al jaren gaat hij naar een psychiater en krijgt ondersteunende medicatie, verschillende keren werd hij reeds opgenomen, maar op geen enkel vlak werd er enige vooruitgang geboekt. Dit omdat de oorzaak van het probleem niet wordt aangepakt en niemand echt naar hem luistert. Hij voelt zich onbegrepen en in de steek gelaten, waardoor hij zich minderwaardig gaat voelen. Dit zorgt volgens hem net voor de

verzuring van de maatschappij. Want de samenleving stelt alsmaar hogere eisen aan de mensen. Zo moeten ze meedraaien in de economie, moeten leven volgens de normen, mogen mensen niet meer volgens hun eigen principes en ritme gevoelens verwerken,… Volgens hem moet er dus ook preventief gewerkt worden aan de mentaliteit van de samenleving.

Volgens 'getuige 4', een jonge man van 25 uit Leuven is psychiatrie manipulatie en misdrijf. Zonder dat er echte redenen toe waren, kwam hij op basis van een getuigenis van zijn vader in contact met psychiatrie. Als kind werd zijn verhaal niet gehoord en al zeker niet serieus genomen. Hij kreeg een eerste label ADHD opgeplakt, waarvoor hij medicatie voorgeschreven kreeg. Deze medicatie had een zware invloed op zijn verdere leven, gewichtstoename, duizeligheid, beperkter lichamelijk presteren,… Dit alles had een ernstig negatief effect op zijn zelfbeeld. Zo kwam hij terecht in de spiraal van de psychiatrie. Zijn vader ging met hem van de ene dokter naar de andere en van de ene specialist naar de andere. In totaal kreeg hij een zestal verschillende en soms elkaar tegensprekende diagnoses opgeplakt. Hij werd ook tegen zijn wil in opgenomen en er werd medicatie op hem uitgetest. In die periode voelde hij zich heel raar. Hij wist niet of dit gevoel toe te schrijven was aan de rare en kale omgeving van de psychiatrie of aan de medicatie. Wel was het duidelijk dat hij niet meer zichzelf was. Er werden hem daar ongelooflijk veel zaken voorgelogen onder andere over de duur van de opname. Ook werd er op allerlei manieren op hem ingepraat over hoe erg hij er wel aan toe was en over hoe ze hem gingen helpen, maar daartoe moest hijzelf zijn 'ziekte' kunnen aanvaarden. Maar hijzelf had van in het begin geen enkel probleem ervaren. Het was enkel zijn vader die het moeilijk had met zijn nogal uitgelaten en actieve gedrag. Ze houden dus geen rekening met jouw mening als persoon. Ze benaderen je volledig negatief, waardoor je eigenwaarde alsmaar daalt. Hij kon er ook niet tegen dat ze zegden dat hij 'ziek' was. Voor hem was het gemakkelijker wanneer ze hem 'zot' noemden, want in zijn gedachtegoed moest je van ziekte genezen en zot was iedereen wel een beetje op zijn eigen manier. Voor hem ligt er ook een groot probleem bij de onwetendheid van de rechters. Op vlak van psychiatrie hebben ze maar weinig kennis. Ze nemen heel ingrijpende beslissingen enkel op basis van de verslagen van de

psychiaters, die op hun beurt gebaseerd zijn op verklaringen van mensen uit de dichte omgeving van de patiënt. En zelfs wanneer een advocaat een goede zaak ziet in het hele verhaal durft deze het vaak niet aan de uitdaging aan te gaan, omdat er heel moeilijk een dokter gevonden kan worden die de diagnose van een collega dokter durft af te breken. Ze dekken als het ware elkaar in. Op dit vlak zou er volgens hem veel moeten veranderen.

'Getuige 5', een meisje van 19 uit het Brusselse was de eerste in de rij, die ook positieve kanten van de psychiatrie ter sprake bracht. Ze vertelde dat psychiatrie vol zit van goede bedoelingen. Zo was de jongerenafdeling voor haar een plaats waar ze tot rust kon komen, weg van de wrede wereld thuis, waar ze vriendinnen maakte, waar ze mensen ontmoette die haar begrepen, waar ze haar tijd nuttig kon besteden, want er werd wel aan therapie gedaan (groepstherapie, psychodrama, muziektherapie, groepsgesprekken, assertiviteitstraining, ergotherapie, bewegingstherapie, gezinstherapie,…) Ook werd er les gegeven opdat de schoolse achterstand beperkt zou blijven. Voor haar zou psychiatrie een thuis kunnen zijn indien de psychiaters en hun medewerkers daar geen gebruik of beter misbruik zouden maken van hun machtspositie en medicatie. Daardoor slaan hun goede bedoelingen, vaak door onwetendheid over naar het toebrengen van negatieve invloeden. Door het zomaar testen van medicatie werd ze misselijk, kon ze niet meer slapen, voelde ze zich raar, ze was soms suf overdag, kreeg ontwenningsverschijnselen,… Daarbij gaven ze haar nog eens het gevoel dat zij de enige was bij wie de medicatie niet werkte, waardoor ze zich nog minder waard voelde. Zo zegden ze dat ze de werking van de medicatie onbewust tegenwerkte. Verder misbruiken ze hun macht. Zo moest ze bijvoorbeeld praten met haar individuele begeleider, maar ze had geen enkele band met hem en voelde zich zeker niet goed bij hem. Hoewel ze dit meldde kreeg ze niet de kans een andere vertrouwenspersoon te kiezen. Wel had ze soms op informele momenten gesprekken met andere begeleiders, waar ze wel goed mee opschoot. Vaak wordt er in de instelling ook gekozen voor de gemakkelijkheidsoplossing. Wanneer er bijvoorbeeld iemand zwaar depressief is en het niet meer ziet zitten om nog in de groep te functioneren en liever op zijn kamer blijft, wordt deze gedwongen om in de groep te komen ofwel wordt

hij geïsoleerd. Dit omdat er niet genoeg personeel is om persoonlijke begeleiding te voorzien en omdat ze het toezicht in de kamers niet kunnen garanderen. Maar op het moment dat je je al zo slecht voelt en je maar weinig zelfwaarde meer hebt, is geïsoleerd worden of vastgebonden worden echt verschrikkelijk, want op die manier word je nog meer geconfronteerd met je klein zijn en je onmacht. Volgens haar zou er dus meer persoonlijke begeleiding moeten gegeven worden, begeleiding die overeenstemt met de noden van de patiënten. Patiënten zouden ook meer inspraak moeten krijgen.

'Getuige 6', een man van 45 uit het Brussel, wil kwijt dat het probleem vooral in de maatschappij ligt, want wie niet in het plaatje past, wordt opgesloten. De hele zaak van de psychiatrie is veel te commercieel, Het gaat om winstbejag op allerlei vlakken en het is vooral een economische zaak (werkgelegenheid, chemische en farmaceutische industrie, subsidies van de overheid,…) In de psychiatrie wordt er volgens hem in het algemeen veel te veel onzinnig geleden. Momenteel worden er volgens hem veel minder wrede repressieve toestellen gebruikt en wordt er minder gemarteld, maar is dwangmedicatie een vorm van repressie en dwang die nog veel ingrijpender is dan de verouderde toestellen en veel meer mensen op een kortere tijd bereikt.

Voor 'getuige 7', een vrouw van 45 uit Antwerpen is psychiatrie mensonterend en absurd. Eens binnen in een psychiatrie geraak je er volgens haar niet meer buiten en doen ze met jou wat ze willen, zonder de persoon zelf en zijn familie bij het hele gebeuren te betrekken. Je wordt als het ware blootgesteld aan de 'goodwill' van het personeel en alleen op basis van vertrouwen, moet je je onderwerpen aan hun methoden en aanpak of die nu stroken met jouw principes of niet. Op een bepaald moment kreeg ze de indruk dat ze in een soort experiment was terechtgekomen en hoewel er vrijheid is om zelf een instelling te kiezen kwam ze om de een of andere reden, onder het mom van plaatsgebrek steeds in dezelfde instelling terecht. Er heersen blijkbaar machten en samenwerkingsverbanden, die boven de hoofden van patiënten heen beslissingen konden nemen over hun leven. Een andere grote kritiek is het plaatsgebrek en het personeelstekort binnen de instellingen, waardoor de zorg

allerminst gewaarborgd kan worden en al helemaal niet is afgestemd op de noden van de patiënten. Er wordt teveel gedacht vanuit het aanbod en te weinig vanuit de persoon. Ook wordt er veel te veel en veel te vlug medicatie gegeven, vaak om de patiënten rustig te houden. Medicatie heeft dergelijke negatieve invloed op de mensen dat ze soms helemaal veranderen, zowel op geestelijk als op lichamelijk vlak. Ook gaan ze zich door medicatie anders gedragen. Ze kreeg er ook maar weinig de dokter te zien, al te vaak werd er gewerkt met stagiairs, dit om de kosten te dekken. Wanneer patiënten ziek waren, werden ze veel te lang binnen de instelling gehouden en werd er dus veel te lang gewacht om naar een externe arts te gaan. Op die manier kregen patiënten vaak niet de gepaste zorg en was hun ziekte soms al zo ver gevorderd dat hun leven in gevaar kwam. Ook weet ze dat er geïsoleerd werd op de oude manier. Zo werden mensen naakt in de isoleercel opgesloten of vastgebonden met lederen banden aan hun bed of stoel. Een enkele keer gebruikte men de dwangzak, dit is een stuk ruwe stof die met snoeren dichtgeknoopt kon worden. Soms werden er elektroshocks toegediend, dit onder de mom van therapie, maar al te vaak als straf of om mensen tijdelijk rustig te krijgen. Volgens haar is de zorg niet genoeg afgesteld op de vraag, zo was er geen enkele instelling te vinden die gespecialiseerd was in haar ziekte. Zo kwam ze terecht in instellingen, waar mensen met allerlei problemen bij elkaar zaten. Ook de inrichting van de kamers was erbarmelijk, de muren waren kaal, koel en onpersoonlijk. Al te vaak werd er ook met de patiënten op een veel te kinderlijke manier omgegaan, alsof ze dom waren. Volgens haar wordt het tijd dat er ook in de praktijk aan de patiëntenrechten tegemoet wordt gekomen, zo zouden patiënten en hun familie het patiëntendossier moeten kunnen inkijken indien ze dit wensen. De macht van psychiatrieën zou op de een of ander manier moeten doorbroken worden er zou bijvoorbeeld meer externe controle moeten komen. Aan deze audits zouden dan de subsidies verbonden kunnen worden. Psychiatrieën zouden op alle vlakken veel meer hun verantwoordelijkheid moeten nemen en de kwaliteitszorg, veiligheid en preventie zouden verhoogd moeten worden. De zorg, die momenteel veel te aanbodgericht is zou veel meer afgestemd moeten worden op de vraag van de persoon. Ook de therapieën in de instellingen zouden uitgebouwd moeten worden. En de sfeer zou moeten veranderen, misschien zou het hiertoe bijdragen moesten de patiënten hun kamers mogen inrichten naar hun

eigen persoonlijkheid en stijl. Indien dit geen gevaar betekent voor zichzelf en de andere bewoners natuurlijk. Een meer huiselijke sfeer zou volgens haar het genezingsproces bevorderen.

'Getuige 8' een man van 52 uit Sint-Truiden, omschrijft psychiatrie in één woord als macht. Deze macht is volgens hem economische macht. Alles draait altijd om geld. Vanuit deze macht wordt aan de mensen vaak spreekbeperking opgelegd. Hierbij verwijst hij naar de uitsluitselmechanismen van Foucault.

Vaak is het niveau van de begeleiding volgens ondermaats, ze zouden niet de opleiding genoten hebben die nodig is voor hun job. Dit kan zware gevolgen hebben voor het medisch dossier van de patiënten en dus ook ernstige effecten hebben op hun persoonlijke leven. Al te vaak werden mensen ook uit de psychiatrie ontslagen zonder enige nazorg. Patiënten worden in psychiatrieën volgens hem ook gedwongen om bepaalde zaken te doen. Zo worden ze gedwongen om hard te gaan werken, zonder daarvoor enige verloning te ontvangen. De afgewerkte producten worden soms verkocht voor veel geld. De opbrengst ervan gaat dan integraal naar de kas van de instelling. Mensen hebben ook geen enkele vorm van inspraak in een psychiatrie. Ze worden zelfs niet gehoord wanneer ze vragen om hun medicatie aan te passen, wanneer ze teveel negatieve bijwerkingen ervaren. Ook moeten ze vaak smeken om een gesprek met een dokter te bekomen, hoewel ze toch in een psychiatrie zitten om geholpen te worden.

Er kan in een psychiatrie echt gesproken worden van maffiatoestanden. Denk maar aan het roekeloos en overvloedig gebruik van medicatie. De medisch-pharmaceutische sector en de wapensector zijn in België volgens hem de twee speersectoren. Medicatie heeft heel veel negatieve gevolgen voor de patiënten, maar omwille van de economische voordelen worden ze zo vaak voorgeschreven. En als individu ben je machteloos tegen al deze wanpraktijken, want de caritaszuil is erg sterk. Ze hebben economische macht en hangen af van de kabinetten, door de overheid gesubsidieerd en gecontroleerd. Volgens hem wordt de zorgsector ook elk jaar belangrijker, waardoor hun macht nog toeneemt. Andere commerciële praktijken, zoals het verhuren van studio's aan psychiatrische patiënten steken de kop op. Opnieuw brengt dit voordeel

voor de rijken mee, want enkel zij die huizen bezitten kunnen er geld uitslaan. Volgens hem hebben de eigenaars nog wel meer voordelen aan het verhuren aan psychiatrische patiënten. Het verhuren aan psychiatrische patiënten zou namelijk vallen onder de wet van beschermd wonen in plaats van onder de gewone huurwetgeving, die veel strenger is. Zo leven bepaalde patiënten in erbarmelijke omstandigheden, waar niets aan gedaan wordt, want huurbazen zeggen dat patiënten daar wonen als therapie.

Voor al dit onheil ziet hij een mogelijke oplossing in de verdeling van de macht. Nu ligt de macht bij de psychiater, die als dictator heerst. De macht zou kunnen verdeeld worden tussen de huisarts, de neuroloog en de psychiater. Dezen zouden dan hun macht onderling uitspelen, waardoor de impact van hun macht zou breken en hun invloed zou verkleinen.

Momenteel ziet hij ook een nutteloze strijd tussen de biologische en de klinische stroming. Volgens hem kan de psychiatrie in de toekomst evolueren in twee richtingen. Ofwel zal ze evolueren naar de biologische psychiatrie toe, waarbij de neuroloog de voornaamste speler wordt. In deze stroming zouden psychiatrische patiënten verzorgd worden tussen normale mensen in een algemeen ziekenhuis. Want nu verschillen de rechten van de patiënt in de praktijk nog erg van de rechten van de psychiatrische patiënt.

Ofwel zal de psychiatrie evolueren naar een zachtere vorm, een soort cognitieve gedragstherapie, waarbij de gespecialiseerde klinisch psycholoog de spilfiguur zal worden en de psychiater enkel een brugfiguur zal zijn. Maar momenteel wordt de precieze medische apparatuur enkel aan algemene ziekenhuizen geleverd en veel minder aan psychiatrische instellingen, waardoor ze hun onderzoek en hulp te weinig kunnen specialiseren.

Om aan de hele situatie iets te veranderen is het volgens hem nodig dat mensen zich gaan organiseren en samen ingaan tegen het onrecht. Daarbij is het nodig dat we eerst via de media de wantoestanden aan het licht brengen en een draagvlak creëren voor het probleem om van daaruit te infiltreren in de bestaande systemen van de psychiatrie om die te veranderen.

‘Getuige 9’, een man van 60 uit de omgeving van Sint-Truiden, kwam in een psychiatrie terecht door een verklaring van zijn vrouw. Hij had op dat moment inderdaad agressief uitgehaald naar haar, maar had daartoe meer dan zijn redenen. Maar door de dokters en de psychiaters werd met de context van de situatie en met zijn verhaal maar weinig rekening gehouden. De vrouw speelde de rol van slachtoffer en werd als zwak aanzien. En hij kreeg het label van geestesgestoorde toebedeeld. Hij werd volledig tegen zijn wil opgesloten in een gesloten afdeling, waar hij apart moest eten, waar hij geen bezoek mocht ontvangen en waar hij zelfs gedurende twee maand geen contact mocht hebben met andere patiënten. Ze logen hem voor dat zijn opname maar zes maand zou duren, maar dit liep veel langer uit. Na verloop van tijd verloor hij de hoop om nog vrij te komen. Toen hij problemen ondervond met zijn ogen mocht hij niet naar de dokter omdat ze meenden dat hij de ziekte verzonnen had. Pas toen hij bijna niets meer zag werd er toch een arts bijgehaald, maar ook toen was het niet de dokter van zijn eigen keuze. De problemen met zijn zicht werden veroorzaakt door de medicatie, zo werd toen vastgesteld. Maar de medicatie bleef gewoon toegediend worden en indien hij ze niet nam, werd hij met geweld gedwongen. Hij had dus totaal geen inspraak en beslissingsrecht over zijn eigen leven. Ook hij moest binnen de instelling hard werken en ontving daarvoor geen loon. Zelfs zijn eigen geld mocht hij niet meer beheren, ze stelden namelijk een bewindvoerder aan. Toen zijn eigen arts in een brief verklaarde dat hij weldegelijk in staat was zijn eigen geld te beheren, scheurde men die brief, die zo belangrijk voor hem was, in de instelling voor zijn ogen kapot. Hij had er veel stress, vooral doordat ze je zoveel onrecht aandoen en tegen je liegen. Hij voelde zich constant uitgedaagd en stilaan dreven ze hem tot het einde. De begeleiding deed ook niets aan de interne diefstallen. Zo was hij vaak kledingsstukken kwijt en wanneer hij al eens iets nieuws had verdween dit met de noorderzon. Toen hij de psychiatrie na drie jaar mocht verlaten, kon hij op geen enkele vorm van nazorg rekenen. Wel werd hij verplicht ambulant naar een psychiater te gaan, die hem zijn medicatie voorschreef, maar tijd voor gesprekken werd er niet meer gemaakt. Hij omschrijft psychiatrie als smerig. Hij is erg ontgoocheld, want hij is er zieker uitgekomen. Hij voelt zich nu minderwaardig en aan zijn lot overgelaten.

Hij vindt dat in eerste instantie de werktherapie zou moeten afgeschaft worden, zodat de instellingen niet meer kunnen profiteren van de patiënten. Patiënten verdienen aangepaste hulp en de zorg die ze nodig hebben. Ook zouden ze meer inspraak moeten krijgen in hun eigen leven. De begeleiding zou moeten bestaan uit gediplomeerde mensen en de opleidingen zouden adequaat moeten zijn opgebouwd. Er is ook meer personeel en meer begeleiding nodig, zodat ze aan de individuele noden van de mensen tegemoet kunnen komen. De overheid zou ook veel meer onafhankelijke inspectie moeten sturen en zou de subsidiëring moeten laten afhangen van deze audits.

'Getuige 10', een man van 33 uit Antwerpen was de enige die een over het algemeen positief beeld schetste over de psychiatrie. Hijzelf had de psychiatrische zorg als redding ervaren. Hij had wel een aantal kritieken, namelijk op het toedienen van medicatie zonder inspraak en het beknotten van de vrijheid door hen te verbieden naar buiten te gaan of hun kamer te verlaten. Toen hij net in de psychiatrische afdeling binnenkwam, voelde hij zich daar helemaal niet goed, aangezien hij daar vreselijke dingen zag bijvoorbeeld mensen die zich echt wel raar gedroegen,… Hij heeft daar gezien hoe ze mensen vastbonden aan hun bed of stoel of hoe ze mensen opsloten in een aparte cel. Het personeel zei daarbij steeds dat dit enkel gebeurde ter bescherming van de persoon zelf en de andere patiënten. Op het moment van de opname was zijn leven een echte hel door de psychose, waarin hij verkeerde en de angst die dat met zich meebracht. In de psychiatrie kon hij eindelijk tot rust komen. Ook kwam de dokter dagelijks langs om te kijken hoe het met hem ging. Daarboven kreeg hij de kans om met een psycholoog te praten, indien hij daar nood aan had. Er werd aan sporttherapie gedaan en af en toe gingen ze op uitstap met de hele groep. Ook zijn ouders werden bij het hele gebeuren betrokken. Toen hij uit de psychiatrie kwam, kon hij beroep doen op een lichtere vorm van psychiatrische zorg. Hij ging wekelijks bij een gesprekstherapeute. Hij vertrouwde haar echt en kon dus over alles met haar praten. Dit heeft hem echt geholpen. Wel schaamt hij zich nog steeds over het feit dat hij in een psychiatrie heeft gezeten. Dit vooral omwille van de taboesfeer die er nog steeds rond hangt en de negatieve connotatie die eraan gegeven wordt. Al te vaak hebben mensen

die helemaal niet weten wat psychiatrie is hun oordeel klaar. Elke dag nog wordt hij geconfronteerd met zijn verleden, dit kan door een bepaald artikel in een krant of tijdschrift, door een tv-programma, gesprekken met mensen,… Mensen roddelen vaak over anderen bijvoorbeeld op café hoor je dan: “X is weer niet op het werk, hij is weer depressief, het is toch een gemakkelijke manier om niet te moeten werken é…” Daar voelt hij zich echt onmachtig tegen. Hij vindt het onrechtvaardig, want wanneer je er geestelijk onderdoor gaat, kies je daar helemaal niet zelf voor. Mensen uit zijn omgeving probeerden hem ook soms raad te geven, zo zeiden ze bijvoorbeeld je moet je erover zetten. Maar aan dergelijke raad beweert hij geen boodschap te hebben, want het is makkelijker gezegd dan gedaan en de oorzaak moet volgens hem worden aangepakt.

Verder had ik nog een tiental gesprekken met mensen die niet zelf in contact kwamen met de psychiatrie. Hun visies op psychiatrische zorg waren over het algemeen een stuk positiever dan de visies van hun medemensen die wel met psychiatrie in contact kwamen.

Meestal zagen ze psychiatrie als iets nuttigs. Want wanneer mensen geestelijke problemen krijgen moeten ze toch ergens terecht kunnen. Daarbij gaan ze uit van de veronderstelling dat de zorg aangepast is aan de hulpvraag van de zorgbehoevende mensen. Dit aangezien ze psychiatrie zien als een tak van de medische sector, waarin ze erg veel vertrouwen stellen.

Vaak hoorde ik ook dat men niet echt goed weet wat psychiatrie precies is, aangezien er niet zoveel over verteld wordt en omdat het nogal ongebruikelijk is zomaar eens een kijkje te gaan nemen in een psychiatrie. Men wil er dus ook het liefst niet mee in contact komen vanuit een vrees voor het onbekende.

Een enkeling verklaarde ook dat volgens hem depressie en andere geestelijke ziekten eigenlijk niet bestaan. Hij zei dat wanneer iedereen doet wat hij moet doen en hard werkt, hij niet geestelijk ziek kan worden. Volgens hem moet je in het reine zijn met jezelf en moet je trots kunnen zijn op wat je doet, dan kom je dergelijke zaken niet tegen. Geestelijke ziekten zijn dus volgens hem ingebeeld en psychiatrische hulp is bijgevolg overbodig. Het is allemaal een grote commerce volgens hem.

Nog iemand anders zag psychiatrie als een gesloten iets. Iets waar je terecht kon komen, maar niet meer uit geraakte. Mensen die een geestelijke ziekte kregen geraakten daar volgens haar ook maar moeilijk weer vanaf.
Ik hoorde ook twee keer dat psychiatrie gevaarlijk was. Dat ze daar experimenteren met mensen om meer kennis op te doen en dat ze daar vooral uit zijn op geld.
Wanneer ik hen vroeg op basis waarvan ze dergelijke visie hadden, antwoordden ze meestal “gewoon”. Toch kon ik te weten komen dat ‘dit gewoon’ staat voor het leven van alle dag, de krant, de televisie, verhalen, artikels, boeken, getuigenissen, roddels, tentoonstellingen,…

DEEL III: CONCLUSIE EN DISCUSSIE

In dit laatste deel van de thesis schrijf ik een besluit neer. Ik probeer kort antwoorden te formuleren op de onderzoeksvragen beschreven in de methode. Ook probeer ik bevindingen uit de interviews te koppelen aan de taboes die er leven in de maatschappij ten aanzien van de psychiatrie. Daarna ga ik nog even dieper in op de verschillende stromingen, die zich vormden door een verschil in denken over psychiatrie en hoe de psychiatrie zou kunnen evolueren in de toekomst om beter tegemoet te komen aan de zorgbehoefte van de patiënten.

1 CONCLUSIE

1.1 Resultaten

1.1.1 ANTWOORDEN OP VRAGEN VANUIT GESCHIEDKUNDIG OOGPUNT

Ik ben er me van bewust dat het beeld dat ik hier geschetst heb over de evolutie in de psychiatrie verre van volledig is. Dit omdat het om praktische redenen quasi onmogelijk is de exacte en volledige evolutie weer te geven. Toch meen ik te mogen stellen dat op andere plaatsen, zowel in België als in de buurlanden, de evolutie in grote lijnen gelijklopend is. Eerder is het mijn bedoeling een algemene indruk weer te geven, die toch wel bepaalde gevoelens oproept.
Doorheen het literatuuronderzoek heb ik heel wat informatie tot mij laten komen. Uit dit kluwen informatie heb ik geprobeerd antwoorden te zoeken op de vooropgestelde onderzoeksvragen.
Zo kreeg ik een antwoord op de vraag welke visie men door de eeuwen heen had tegenover geesteszieken en hoe men ermee omging. Zo beschreef ik ‘de psychiatrie’ in de Oudheid, ten tijde van het Christendom, in de Middeleeuwen, in de Nieuwe Tijd,… tot op de dag van vandaag. Daaruit blijkt dat in de Oudheid de situatie van geesteszieken erbarmelijk was. Soms werden ze gedood of uitgestoten. Dit vanuit de

visie dat het levensrecht enkel voor diegenen was die van nut konden zijn voor de maatschappij. Enkel in rijken waar voorspoed heerste, zoals in Oud-Indië en Oud-Egypte was er al sprake van handicapvriendelijke tendensen. Door de leer van Hippocrates werd krankzinnigheid stilaan beschouwd als een ziekte.

Tijdens het Christendom zag men de geesteszieke als van de duivel bezeten. Vanuit de caritasgedachte zorgde men soms wel voor onderdak en verzorging.

In de Middeleeuwen kwam er maar weinig verandering in de situatie. Krankzinnigen konden vaak rekenen op de zorg van hun familie. Toch werden ze soms tot de bedelstaf veroordeeld of opgesloten in vreselijke omstandigheden. Dit nog steeds vanuit een magisch-mythologisch wereldbeeld.

Ook in de Nieuwe Tijd was er voor de geesteszieken geen plaats in hospitalen. Ze werden opgesloten in dolhuizen. Onder invloed van het gedachtegoed van de Verlichting, kwam er stilaan verandering in het denken over mensen met beperkingen. Men ging hen behandelen vanuit het geloof dat de maatschappij maakbaar was. Er volgde reactie tegen de wantoestanden. Vanaf dat moment kunnen we zeggen dat men interesse begon te tonen voor de geesteszieke, ook vanuit de geneeskunde.

Vanaf dan veranderde alles en hoewel men nog veel fouten maakte en er nog steeds veel onzekerheden bestaan over het fenomeen, wilde men vanaf dan de situatie van de geesteszieke verbeteren, aangezien de geestesziekte werd toegeschreven aan biologische factoren.

Nog later kwam men tot het inzicht dat ook emotionele en contextuele factoren hun invloed hebben.

Als scharnierpunt kan het jaartal 1808 worden gezien. Het is het jaar waarin de Duitse Reil de term ‘psychiatrie’ introduceerde. Het was in die periode dat men krankzinnigen als geesteszieken is gaan bekijken en pogingen ondernam om hun afschuwelijk lot te verbeteren.

Andere factoren, buiten de mensvisie, die evenzeer invloed uitoefenen op de behandeling van geesteszieken zijn de economische status, de godsdienst en de rol van de Kerk, de visie op opvoeding, de wetenschap,…

Wanneer een land een economische crisis doormaakt, gaat men op een heel andere manier omgaan met mensen met beperkingen, dan wanneer het land in voorspoed verkeert.
Het geloof speelt natuurlijk ook een belangrijke rol, aangezien de zorg voor de geesteszieken toch is gegroeid uit godsdienstige waarden, zoals naastenliefde en liefdadigheid. Later, door de opkomst van de wetenschap, is de invloed van de godsdienst kleiner geworden, aangezien de wetenschap nu met empirische bewijzen aankwam.
Het gebruik van dwangmaatregelen en repressiemiddelen wordt doorheen het werk beschreven. In bijlage is daaromtrent nog een overzicht te vinden.

1.1.2 BEVINDINGEN UIT INTERVIEWS VERKLAREN HET IN STAND HOUDEN VAN TABOES

Door de manier waarop met psychiatrische patiënten wordt omgegaan in de instellingen, opsluiten, vastbinden, isoleren, platspuiten,… wordt het taboe in stand gehouden 'dat mensen met een mentale ziekte gevaarlijk zijn'.
Dat mentale ziekten voorkomen kunnen worden door op een juiste manier te leven en te doen wat je moet doen en wat van je verwacht wordt, is een nog steeds voorkomende stellinginname. Hierdoor wordt het taboe in stand gehouden 'dat mentale ziekten het gevolg zijn van slecht opvoeding', bijvoorbeeld het teveel verwennen van je kind.
Ook het taboe 'Depressie is het gevolg van een zwakke persoonlijkheid of een karakterfout en mensen met een depressie kunnen daar gewoon mee ophouden als zij voldoende zouden willen' vindt zijn voortbestaan vanuit een bepaalde visie van de mens op psychiatrie dat naar voren kwam uit de interviews met mensen die niet aan de lijve ondervonden wat psychiatrie precies is. Vaak komen psychische stoornissen voor doordat mensen niet meekunnen met de snelle evolutie van de samenleving. Ze kunnen niet voldoen aan de eisen van de maatschappij en vallen uit de boot. De vraag is daarbij natuurlijk is of de schuld daarvoor bij die persoon zelf ligt of in de maatschappij…

Bepaalde patiënten zijn jarenlang in behandeling, soms zelfs hun hele leven. Dit werkt het idee in de hand dat psychische ziekten niet te genezen zijn. In bepaalde gevallen is dit misschien zo, maar vaak ligt de oorzaak van dit niet genezen aan de aanpak en de methode van de psychiaters en de psychiatrische instellingen.
Een aantal heersende taboes wijzen op het gebrek aan wilskracht of zwakheid bij psychiatrische patiënten. Ook dit kwam nog naar voren in de visie van een enkele ondervraagde. Toch zijn we al een heel eind op weg om dit vooroordeel te doorbreken.
Het taboe dat alle psychiatrische behandelingen pijnlijk en barbaars zijn komt naar mijn mening voort uit het feit dat psychiatrische zorg zich afspeelt achter gesloten deuren. Moest de sfeer meer open zijn, zouden mensen kunnen zien dat er ook methoden en therapieën bestaan die op een verantwoorde manier resultaten boeken. Nu horen mensen vaak alleen maar de vreselijke verhalen van getuigen die verschrikkelijke zaken meemaakte achter gesloten muren. Mensen die wel geholpen zijn proberen vaak zo snel en zo goed mogelijk hun leven opnieuw op te nemen, zwijgen over hun psychiatrisch verleden en proberen het zo snel mogelijk te vergeten.
Dat psychische stoornissen normaal zijn bij het ouder worden en dat kinderen en jongeren er niet kunnen mee te maken krijgen is een grote nog levende misvatting. Dit komt voort uit het feit dat er meer volwassenen en ouderen uitkomen voor hun problemen en dan ook opgenomen worden. Het is moeilijker om psychische stoornissen te ontdekken bij kinderen, waardoor het soms lijkt alsof ze niet voorkomen.
Uit de interviews kwam naar voren dat de grote meerderheid mentale ziekten aanziet als echte medische ziekten, maar toch leeft nog steeds het taboe dat geestelijke stoornissen ingebeeld of verzonnen zijn, soms als gemakkelijkheidsoplossing om aan het harde leven te ontsnappen.

1.2 Methodologie

Er bestaat al heel veel literatuur over de geschiedenis van de psychiatrie. Toch ben ik van mening dat er op empirisch vlak nog te weinig gebeurde omtrent geestelijke gezondheidszorg. Literatuur, zowel als cijfergegevens, worden al te vaak gemanipuleerd om aan te sluiten bij de visie van de groep of organisatie. Aan de hand

van getuigenissen en cijfers willen ze aantonen dat hun stellinginname de juiste is. Voorzichtigheid is geboden bij het interpreteren, want dat heb ikzelf kunnen ondervinden.
Het wordt dus hoog tijd dat daar verandering in komt. Zo zou men werk moeten maken van nauwkeurige rapportering en classificatie. Een onafhankelijke instantie zonder belangenvermenging zou daarvoor aangesteld kunnen worden. Natuurlijk zie ik in dat dit geen sinecure is, maar wanneer er een wetenschappelijk onderzoek opgezet zou worden dat onderworpen is aan regels, zou het toch mogelijk moeten zijn tot nauwkeurigere gegevensregistratie te komen. Misschien moet er op juridisch vlak ook iets gedaan worden aan het feit dat mensen zich zomaar de titel van therapeut eigen kunnen maken. Want ook dit zorgt ervoor dat we een onvolledig beeld krijgen over de hulpvragers in ons land.
Er kan bijvoorbeeld een wettelijke erkenning komen voor de titel van psychotherapeut of wettelijk erkende opleidingen in specifieke therapievormen of –stromingen.

1.3 Nieuwe wendingen

Hoe het de komende jaren precies gaat evolueren weet niemand. Wel heb ik hier een aantal zaken opgesomd waaraan men in de toekomst kan werken.
Ikzelf zie de toekomst van de psychiatrie niet zo rooskleurig in. Volgens mij gaan de twee stromingen, aan de ene kant het geloof in de meerwaarde van de psychiatrie en aan de andere kant de ‘anti-psychiatrie’, nog uit elkaar groeien. De groep van de ‘anti-psychiatrie’ gaat volgens mij steeds meer moeite doen om de negatieve effecten van psychiatrische behandelingen in het daglicht te stellen en te bewijzen. Dit kan negatieve gevolgen hebben, maar dit hoeft niet noodzakelijk zo te zijn. Onder ‘Discussie’ wordt dit verder uitgewerkt.
Er duiken alsmaar meer vragen op naar het duidelijker in kaart brengen van de psychiatrische hulp.
Dit kan niet van de ene dag op de andere gebeuren en volgens mij zijn daarvoor eerst nog een paar andere belemmeringen weg te werken.

Zo moet men ervoor zorgen dat de mensen beter geïnformeerd zijn over de verschillende vormen van de hulpverlening. Meestal is de psychiater de meest gekende vorm, maar de eerstelijnshulpverlening is al te vaak onbekend. Daarom moet er eerst en vooral gewerkt worden aan een doorzichtige organisatie van de zorg voor geesteszieken en moet ook de taboesfeer omtrent de psychiatrie doorbroken worden, door mensen beter in te lichten.

Het gaat om een maatschappelijke bewustwording; niet alleen psychiaters en andere hulpverleners moeten kennis bezitten over de psychische hulp, maar evenzeer de mensen, die er beroep op doen, moeten op de hoogte worden gesteld.

Men moet er zich ook bewust van worden dat de psychiatrische hulp niet alleen staat in het aanpakken en verhelpen van psychiatrische problemen. Samenwerking met andere sociale diensten en netwerkvorming is hierbij van groot belang. Hier kan ook het onderwijs een rol opnemen. Wanneer er bijvoorbeeld problemen zijn met een kind moet het terecht kunnen bij een vertrouwenspersoon, de "groene leerkracht[26]" of iemand van het Centrum voor Leerlingenbegeleiding.

Een aantal concrete tips om 'de psychiatrie' te verbeteren zijn:

De klachtenprocedure en –behandeling, de ombudsdienst en patiëtenvertrouwens-persoon moeten dringend in de praktijk gerealiseerd worden.

Het recht op inzage en kopie van het psychiatrisch medisch dossier moet toegepast worden en er moet verplicht een therapieplan en kostenplan worden opgesteld.

Veiligheid en privacy van de patiënt, correct geld- en goederenbeheer moeten beter gewaarborgd worden.

Preventie is even belangrijk als genezen (cure) of verzorgen (care) en moet dus beter uitgebouwd worden. Maatschappijzorg is een groot deel van de preventie.

Er moet ook meer geïnvesteerd worden in mensen: betere opleidingen, bijscholing, aanwerving, coördinatie, continuïteit, begeleiding van personeel, inzet van vrijwilligers) in plaats van verkeerde, dure, nutteloze en gevaarlijke medicatie of bepaalde overbodige structuren en accommodatie.

Betere en voldoende informatie en meer continuïteit (voorzorg, instapzorg, uitstapzorg, nazorg). De individuele begeleiding moet meer ter harte genomen worden.

[26] Groene leerkracht: is een aangeduide of door de leerlingen verkozen vertrouwensleerkracht.

De collocatiewetgeving moet aangepast worden en correcter worden uitgevoerd. De reglementering in zake dwangmaatregelen en vrijheidsberoving (ook internering…) moeten beter wettelijk bepaald, geëvalueerd en toegepast worden.
Er moet meer aandacht geschonken worden aan de noden van ex-patiënten en chronische patiënten naar rehabilitatie en integratie in de maatschappij toe. Ook de maatschappij moet hierbij een stapje terugzetten: er moet meer ruimte komen voor eigen ontwikkeling volgens eigen ritme en kwaliteiten.
Kleinschaligheid, andere types van instellingen, meer ambulante en alternatieve zorg, beperking van het aantal patiënten per psychiater en of therapeut, sociaal gekoppelde vaste maximumtarieven kunnen ook een verbetering van de zorg in de hand werken.
In plaats van de huidige versnippering van bevoegdheden moet er een gemeenschapsminister voor Geestelijke Gezondheid (mentaal welzijn) komen per gemeenschap, die werkt volgens overleg en solidariteit.

2 DISCUSSIE

In de tekst komt al eens naar voren dat de zorg voor geesteszieken doorheen de geschiedenis steeds heen en weer geslingerd werd tussen twee polen, namelijk de pool van repressie en zorg.
Zo twijfelde men bijvoorbeeld lange tijd over het feit of men psychiatrische patiënten moest opsluiten of behandelen.
Rond de jaren zeventig ontstond de stroming van de anti-psychiatrie. Deze zette zich af tegen de vreselijke gebeurtenissen die binnen de muren van de instellingen gebeurden. Men probeerde op te komen voor de belangen van de patiënt. Deze stroming was radicaal tegen de psychiatrie en vond dat ook de maatschappij zich moest aanpassen aan de noden van de mens. In België kwam deze stroming niet echt van de grond, hoewel er toch invloeden voelbaar zijn.
Vandaag de dag is er nog steeds een grote groep mensen, die beweert dat de geestelijke zorg corrupt is. Men zou enkel patiënten lokken onder het mom van hulp te bieden, om er zelf beter van te worden, vooral dan op financieel vlak. Zo zou het hun bedoeling zijn zoveel mogelijk patiënten te behandelen op korte tijd, waar het

voorschrijven van medicatie gretig toe bijdraagt. Ook zou het toedienen van medicatie niet tot doel hebben voordelen te bieden aan de gebruiken, maar wel aan de maatschappij en aan het psychiatrisch personeel. Al lange tijd proberen deze mensen de ogen van de maatschappij te openen voor deze wantoestanden. Er werden organisaties opgericht waar mensen, die klachten hebben bij wat ze ervaren hadden tijdens hun psychiatrische hulp, terecht kunnen. Natuurlijk kwam men naar buiten met die verhalen en probeerde men er bewijzen voor te vinden.

Daartegenover hebben we een grote groep, die wel gelooft in de meerwaarde van de psychiatrische hulp. Een grote groep wetenschappers en dokters staat vooraan, om onderzoek te doen en nieuwe technieken en behandelingen uit te vinden.

Naar mijn mening zijn beide posities nogal extreem en kan men psychiatrische hulpverlening niet meer wegdenken in een hedendaagse maatschappij. Zeker wanneer we aannemen dat door de snelle maatschappelijke veranderingen en de wijzigende context er steeds meer van de mensen verwacht zal worden. Cijfers wijzen er nu reeds op dat de zorgvraag op geestelijk vlak enkel zal toenemen. Wel moeten we ervoor zorgen dat de diensten uitgebreid worden en beter afgestemd op de behoeften, wensen en noden van de hulpvragers. Het zou daarbij een goed idee zijn om met de kritiek van de tegenpartij rekening te houden en te proberen het misbruik en de dwang te beperken. En wanneer misdaden zich toch voordoen, is de harde aanpak de enige mogelijkheid.

BIBLIOGRAFIE

Allegaert, P., Cailliau, A., De Preester, F. & Vertriest, N. (2002). Het ontstaan van de psychiatrie. *OVK,* 40 (4), 4-19

Bemelmans, L. (2007). COACH-Coördinatie van Overleg en Aandacht voor Continuïteit van Hulpverlening. *Tijdschrift voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg,* 83 (3), 233

Bemelmans, L. & Smet, J. (2007). Psychotherapeutische deeltijdbehandeling en kleine schaal. Wat is het verhaal? *Tijdschrift voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg,* 83 (3), 174-175

Berg, A., van den Turck, B., de Legemaate, J., Veldhuizen, R., Van Berghmans, R. & Hondius, A. (2005). Ambulante dwangbehandeling: tussen droom en daad. Enkele reacties en het laatste woord. In *Psychopraxis,* 7 (1), 6-13

Broekaert, E. (2001). *Bijzondere orthopedagogiek*. Leuven-Apeldoorn:Garant

Claeys, O. (1989). Petrus Jozef Triest: Een beknopte biografie. In *Geen rede mee te rijmen.* Sint-Martens-Latem: Aurelia Books, 73-81

Depaepe, M. (2002). *De pedagogisering achterna: Aanzet tot een genealogie van de pedagogische mentaliteit in de voorbije 250 jaar*. Leuven-Leusden: Acco

De Meulder, B. (2001). Het Dr. Guislaininstituut in het reformistisch architectuurlandschap: Nota's bij het ontstaan van de Gentse modelinstelling. In *Rede en Waanzin: Het museum Dr. Guislain in beeld en tekst.* Gent: Museum Dr. Guislain, 301-322

Dhaene, C. & Dhaene, L. (1995). Sint-Jozef Kortenberg: Van 'Maison de Santé' tot Universitair Centrum. 145 jaar zorg voor geesteszieken 1850-1995. Leuven: Kadoc & v.z.w. Universitair Centrum Sint-Jozef, Kortenberg

De Winter, G. (2007). MBT-Mentalisation Based Treatment. *Tijdschrift voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg,* 83 (3), 234-236

Evrard, A.K. (2007). Joseph Guislain: Een beknopte biografie. In *Geen rede mee te rijmen.* Sint-Martens-Latem: Aurelia Books, 83-89

Evrard, A.K. (2007). Psychiatrische behandeling 1850-1950. In *Geen rede mee te rijmen.* Sint-Martens-Latem: Aurelia Books, 177-189

Fillingham, L.A. (n.d). Foucault for Beginners. Ongepubliceerde cursus voor beginners.

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Parijs: Gallimard

Foucault, M., vertaling van Heering-Moorman, C.P. (1989). *Geschiedenis van de waanzin: in de zeventiende en achttiende eeuw*. Meppel: Boom

Frederiks, J.A.M., Bruyn, G.W. & Eling, P. (2002) *History of Neurology in the Netherlands.* Amsterdam: Boom

Godderis, J. (1989). De melancholie als 'zeitloser typus': Een bijdrage tot de studie van de historische ontwikkeling van het melancholieconcept doorheen de wersterse geneeskunde. In *Geen rede mee te rijmen.* Sint-Martens-Latem: Aurelia Books, 39-47

Jannsen, M., De Jonge, M., & Pols, J. (1995). *Dwang in de psychiatrie: Dilemma's, feiten, ervaringen en alternatieven*. Amsterdam: Uitgeverij Babylon-De Guus

Liégeois, A. (1989). Guislain en de Europese psychiatrie. In *Geen rede mee te rijmen.* Sint-Martens-Latem: Aurelia Books, 91-112

Linda. (1983). *Linda: Het verhaal van een ter beschikking gestelde*. Amsterdam: Brecht-H.J.W.

Mans, I. (2004). *Zin der zotheid: Vijf eeuwen cultuurgeschiedenis van zotten, onnozelen en zwakzinnigen*. Amsterdam: Uitgeverij SWP

Marain, E. (1988). *Rosalie Niemand.* Schoten: Houtekiet

Mortier, E. (2001). Anders, maar goed van hart. In *Rede en Waanzin: Het museum Dr. Guislain in beeld en tekst.* Gent: Museum Dr. Guislain, 35-40

Mortier, E. (2001). Tussen ziektebeeld en wereldbeeld: Achtergronden bij de eerste decennia van de psychiatrie in onze gewesten. In *Rede en Waanzin: Het museum Dr. Guislain in beeld en tekst.* Gent: Museum Dr. Guislain, 187-207

Museum Dr. Guislain. (n.d.). www.museumdrguislain.be

Peverelli, H. (2001). De psychiater is gek: Psychiater en therapeut in recente films. In *Rede en Waanzin: Het museum Dr. Guislain in beeld en tekst.* Gent: Museum Dr. Guislain, 77-81

Ras, H.J.C. & Van Eijk, I. (1996). Wegwijs in de psychiatrie. Amsterdam-Meppel: Boom

Ronse, H. (1992). Opsluiten, isoleren en binden en de wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. In *Vlaams tijdschrift voor gezondheidsrecht,* 12 (3), 235-243

Rosseel, E. (n.d). *De Lange Golven van de Psyche: Psychiatrie, het Subject en zijn Morele Verantwoordelijkheid*. Netwerk Psychiatrie en Samenleving

Rosseel, E. (2006). Gedwongen Copulatie: Natuur en Cultuur in de Evolutionaire Psychologie. World Wide Association of Writers

Rosseel, E. (2006). *Onderzoek naar de toepassing van ECT- en TMS-behandelingen in Vlaamse (psychiatrische) ziekenhuizen*. Netwerk Psychiatrie en Samenleving

Rosseel, E. (2006). *Quills: Over Markies de Sade en over de film*. Filmcyclus “Expressie, Kunst en Waanzin” Centrum Morele Dienstverlening Vilvoorde. Netwerk Psychiatrie en Samenleving.

Ruff, J.R. (2001). *Violence in Early Modern Europe (1500-1800)*. Cambridge: Cambridge University Press

Russell Tribunal on Human Rights in Psychiatry (2001). www.freedom-of-thought.de

Smet, J. (2007). CPD-Contactgroep Psychiatrische Deeltijdbehandeling. *Tijdschrift voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg,* 83 (3), 234

Stockman, R. (1989). Binnen de muren van het Guislaininstituut (1850-1950). In *Geen rede mee te rijmen.* Sint-Martens-Latem: Aurelia Books, 191-204

Stockman, R. (1989). De Broeders van Liefde. In *Geen rede mee te rijmen.* Sint-Martens-Latem: Aurelia Books, 153-159

Stockman, R. (2001). De ontwikkeling van de morele behandeling in België of het ontstaan van de gestichtspsychiatrie. In *Rede en Waanzin: Het museum Dr. Guislain in beeld en tekst.* Gent: Museum Dr. Guislain, 141-186

Stockman, R. (1989). Heksenvervolging, exorcisme, devotie. In *Geen rede mee te rijmen.* Sint-Martens-Latem: Aurelia Books, 49-58

Stockman, R. (1989). Religieuzen in de geestelijke gezondheidszorg: Een historische schets. In *Geen rede mee te rijmen.* Sint-Martens-Latem: Aurelia Books, 137-151

Stockman, R. (2000). *Van nar tot patiënt: Een geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*. Leuven: Davidsfonds

Stockman, R. (1989). Van Sjamaan tot Psychiater: Een overzicht van de evolutie van de krankzinnigenzorg tot 1800. In *Geen rede mee te rijmen.* Sint-Martens-Latem: Aurelia Books, 27-37

Stolker, J.J., Nijman, H. & Zwannikken, P.H. (2004). Separatie: een noodzakelijk kwaad? In *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid,* 59 (3), 193-204

Stroeken, K. (2007). Zelf genezen door anderen te verzorgen. Een Afrikaanse formule voor groepstherapie. *Tijdschrift voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg,* 83 (3), 186-195

Tomasoa, A. & Kuipers, T. (1988). Separeren: therapeuticum of noodmaatregel. In *Tijdschrift voor psychiatrie,* 30 (5), 290-301

Van Den Berghe, G. (2001). Van droom tot nachtmerrie. In *Rede en Waanzin: Het museum Dr. Guislain in beeld en tekst.* Gent: Museum Dr. Guislain, 209-223
Van Den Hoofdakker, R. (1995). *De mens als speelgoed*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum

Vandermeersch, P. (2007). Over het dualisme: De Westerse traditie omtrent lichaam en ziel en de psychiatrische traditie omtrent lichaam en geest. In *Geen rede mee te rijmen.* Sint-Martens-Latem: Aurelia Books, 59-70

Vandermeersch, P. (n.d). *Lijden, lichamelijkheid en metafysica*. Groningen: niet gepubliceerde lezing

Van De Sompel, R. (1989). Architectuur en psychiatrie. In *Geen rede mee te rijmen.* Sint-Martens-Latem: Aurelia Books, 163-175

Van Deth, R. & Vandereycken, W. (2001). Vastenwonder, hongerkunst en magerzucht. In *Rede en Waanzin: Het museum Dr. Guislain in beeld en tekst.* Gent: Museum Dr. Guislain, 91-111

Van de Velde, J. (2007). De ontwikkeling in de psychiatrie na 1950. In *Geen rede mee te rijmen.* Sint-Martens-Latem: Aurelia Books, 225-235

Vanhaelen, J. (1992). *Waarom jij Sarah?* Berchem: Uitgeverij EPO

Vanhaelen, J. (2003). *Witboek: 25 jaar misbruiken en wantoestanden in de psychiatrie in Vlaanderen.* Dilbeek: Sarah v.z.w.

Vanhaelen, J. & Stynen, L. (1993). *Rosalie niemand vertelt.* Berchem: Uitgeverij EPO

Van Kerckhove, I. (2007). Trialoog. *Tijdschrift voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg,* 83 (3), 236-238

Van Ree, J.W. & De Vries, M.W. (1997). *Psychiatrie, praktische huisartsgeneeskunde*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum

Van Meekeren, E., Limburg-Okken, A. & May, R. (2002). *Culturen binnen psychiatrische muren: Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving*. Amsterdam: Boom

Van Staeyen, E. (1989). Guislain en de ‘traitement moral’. In *Geen rede mee te rijmen.* Sint-Martens-Latem: Aurelia Books, 125-136

Van Staeyen, E. (1989). Joseph Guislain; zijn werk. In *Geen rede mee te rijmen.* Sint-Martens-Latem: Aurelia Books, 113-123

Van Stokkom, B. (2004). Straf en herstel: Ethische reflecties over sanctiedoeleinden. In *Krisis tijdschrift voor empirische fiosofie*, 6 (4), 121-124

Van Walleghem, M. (1989). Het ontstaan van de zorg voor zwakzinnigen in België. In *Geen rede mee te rijmen.* Sint-Martens-Latem: Aurelia Books, 205-215

Velle, K. (2001). De ontdekking van de ontoerekeningsvatbare crimineel. In *Rede en Waanzin: Het museum Dr. Guislain in beeld en tekst.* Gent: Museum Dr. Guislain, 225-246

Vliegen, N. (2007). Vasthouden om losgelaten te worden. Gehechtheid aan de therapeut, het therapeutisch kader en de therapeutische setting. *Tijdschrift voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg,* 83 (3), 207-221

Vorstenbosch, J. (2007). Zorg. Een fenomenologische analyse met bijzondere aandacht voor de psychiatrie. *Tijdschrift voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg,* 83 (3), 176-185

Weijers, I. (2002). *De creatie van het mondige kind: Geschiedenis van pedagogiek en jeugdzorg*. Amsterdam: Uitgeverij SWP

Wuyts, B. (2005). *Over narren, kreupelen, doven en blinden: Leven met een handicap van de Oudheid tot nu*. Leuven: Davidsfonds

Bijlage 1: Overzicht van de dwangmaatregels en repressiemiddelen doorheen de tijd

Aangezien bepaalde middelen erg lang gebruikt werden, is het bijna onmogelijk om ze chronologisch voor te stellen. Toch heb ik hier geprobeerd om ze zo goed mogelijk te ordenen in de tijd.

- **Keisnijding**



Kwakzalvers trokken in de Middeleeuwen rond om te demonstreren hoe ze geesteszieken konden genezen. Ze maakten een insnijding in de hoofdhuid, zorgden dat het goed begon te bloeden en toverden dan een kei uit hun mouw. Dit kwam voort uit het geloof dat krankzinnigheid ontstond door het inademen van een vlieg. Het insect kroop in het hoofd omhoog en vormde daar een kei.

- **Schedeltrepanatie/schedelboring**



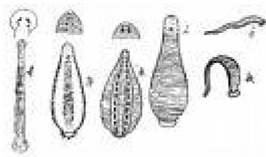
Men boorde met een boor, doorheen de schedel, om de geesteszieke te genezen. Men geloofde dat de boze geest op die manier de mogelijkheid had het hoofd van de zieke te verlaten.

- **Aderlaten**



Men maakte openingen in de aders van mensen en liet het bloed vloeien. Dit omdat men geloofde dat de 4 levenssappen in evenwicht moesten blijven en dat geestesziekte voortkwam door een onevenwicht. Men trachtte door bloed af te laten de balans te herstellen.

- **Bloedzuigers**



Over het hele lichaam van de patiënt zette men bloedzuigers. Men geloofde dat deze de oorzaak van de ziekte uit het lichaam zouden zuigen of het evenwicht in de lichaamssappen zouden herstellen.

- **Afzuigen van slijm en gal**

Ook op die manier trachtte men het onevenwicht tussen de vier lichaamssappen te herstellen.

- **Braaktherapie**

Men liet mensen braken of diende hen een middel toe, waardoor ze moesten braken. Vanuit het geloof dat ze zelf de overtollige lichaamssappen zouden uitstoten. Of vanuit het geloof de oorzaak van de ziekte uit te spuwen.

- **Exorcisme**



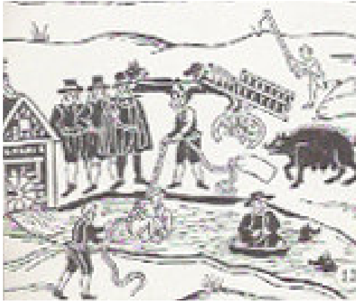
Exorcisme of duiveluitdrijving is één van de sacramentalia in de Rooms-Katholieke Kerk. Men spreekt van exorcisme, wanneer de Kerk in naam van Jezus Christus vraagt dat een persoon of een voorwerp beschermd mag worden tegen de greep van de Satan en aan zijn macht onttrokken zal zijn.

- **Heksenwaag**



Bij de heksenwaag werd de vrouw gewogen en moest haar gewicht overeenkomen met het gewicht dat volgens haar lichaamsbouw werd verwacht. Als bewezen werd dat de vrouw een heks was, werd zij naar de brandstapel gebracht. Enkel op die manier kon men de duivelse kracht echt vernietigen, dacht men.

- **Waterproef**

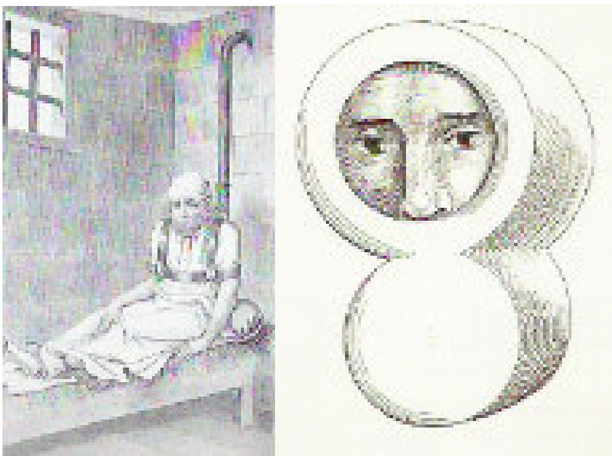


Bij deze proef werd de vrouw aan handen en voeten vastgebonden en dan in het water gegooid. Als ze bleef drijven was dat het teken dat ze te licht woog en dus een heks was.

- **Smoren van dollen**

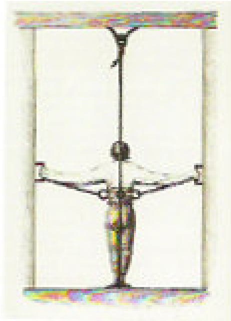
Het smoren van dollen werd vooral in de Middeleeuwen toegepast wanneer men vreesde dat de geesteszieke, vooral bij hondsdolheid, in zijn wartaal God zou verloochenen of iemand zou doden. Hiertoe duwden ze kussens of matrassen op de zieke tot hij zweeg.

- **Fixatiemateriaal**



Vanuit de angst dat de geesteszieke zichzelf en de anderen zouden verwonden, fixeerde men hen. Daarvoor gebruikte men onder andere:

- Boeien: meestal uit ijzer of later ook uit leder gemaakte boeien, waarmee de zieke aan armen, benen, hoofd, buik,… kon worden vastgebonden. Soms werden daarbij ook kettingen gebruikt.



- Dekselbed, dwangbed, dwangkist: dit is een soort bed, waar een deksel over kon geplaatst worden, zodat de zieke maar beperkte bewegingsruimte kreeg. Binnenin was de kist bekleed met zacht materiaal.



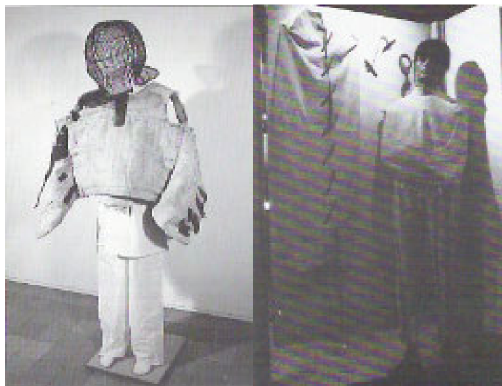
- Dwangriemen: net als bij de boeien, werden mensen met behulp van deze riemen vastgebonden. Op een lederen riem was een gesp bevestigd om de riem te sluiten.



- Dwangmoffen: dit zijn een soort handschoenen ter bescherming van de geesteszieke. Ze zijn vervaardigd uit leder en worden over de handen van de patiënten gedaan.

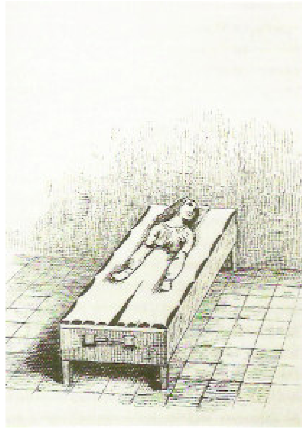


- Dwangjak, dwangbuis: dit is een soort stoffen jas, die rond de geesteszieke wordt gewikkeld om zijn bewegingsvrijheid in te perken. Vaak werd het ook gebruikt om mensen rustig te krijgen.



- Dwangstoel: dit is een stoel waar geesteszieken in geplaatst werden. Deze stoel had de mogelijkheid om de personen met handen en voeten vast te binden.

- Spanlaken: dit is een grote lap stof, die men over de bedden heen kon spannen om de bewegingsvrijheid van de persoon te beperken. Vaak was enkel het hoofd nog vrij.



- Isoleercel: dit is een afgesloten ruimte, die vanbinnen meestal bekleed is met een zacht materiaal. Patiënten, die onrustig of agressief zijn, worden daarin opgesloten om te kalmeren. Door de speciale bekleding is het daarbinnen bijna onmogelijk om zichzelf te bezeren.

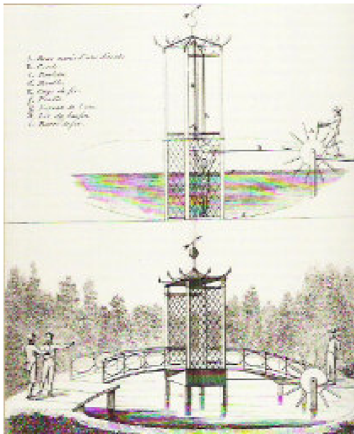


- **Rotatietherapie**



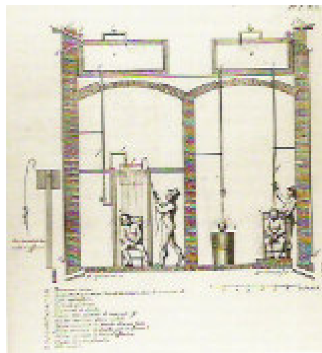
Men had allerlei toestellen, rotatiemachines, om de krankzinnige rond te draaien. Men meende dat de rotatie een gunstige invloed uitoefende op het centrale zenuwstelsel. Rotatie kan in horizontale of verticale positie worden uitgevoerd.

- **Schriktherapie**



Het doel van deze therapie is het opwekken van hevige angst- en schrikreacties. Intens doorleefde gevoelens zouden een versterkende invloed hebben op het psychisme. Om dit schrikeffect te bekomen maakte men vaak gebruik van koud water door middel van:

- Koude douche



- Onderdompelingsbad
- Onderdompelingskooi

- **Badtherapie**

Als therapie, vooral dan om patiënten tot rust te brengen, plaatste men hen in een bad gevuld met lauw water en bevestigde er een plank overheen, zodat de persoon niet kon ontkomen.

- Bad en badplank



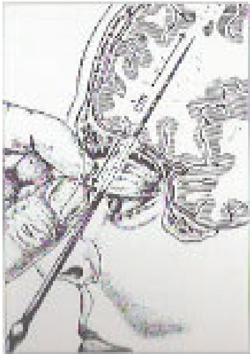
- **Antropometrische tafel**

Dit is een toestel waarmee men allerhande lichaamsdelen van de patiënten kon afmeten. Men geloofde dat er een verband was tussen geestesziekte en verkeerde verhoudingen in het lichaam (bv. een veel te groot hoofd)

- **Hersensnijmachine**

Dit is een toestel, waarmee men door het hoofd van de zieke kon zagen, om zo de hersenen bloot te leggen en deze te onderzoeken.

- **Lobotomie**



Door met een priem door het ooglid naar de hersenen te boren, trachtte men een deel van de hersenen te beschadigen. Dit zou de genezing bevorderen.

- **Arbeidstherapie**



Ook de actieve therapie genoemd, ging uit van de idee geesteszieken in te schakelen in het arbeidsproces. Zo zouden ze zich weer nuttig gaan voelen en zouden hun gedachten afgeleid worden van de zaken waarover ze piekeren.

- **Brancard**

Dit is een draagberrie, bestaande uit een ijzeren kader en daarbinnen stof. Een persoon kan daarop worden gelegd om hem te dragen. Soms werden patiënten daar ook op vastgebonden.

➢ **Insulineshock**



Door het toedienen van een grote hoeveelheid aan insuline, zorgde men ervoor dat de patiënt in shock ging. Men geloofde dat dit een gunstig effect kon hebben op de hersenwerking.

➢ **Elektroshock**



Door het toedienen van een elektroshock dacht men de patiënten te kunnen genezen. Vaak echter liep het tijdens zo een therapie mis, soms had het zelfs de dood tot gevolg. Later zette men de methode meer op punt en werd deze opnieuw gebruikt, vooral dan om depressie te bestrijden.

- **Toiletstoel**



Dit is een stoel, waar patiënten op konden gaan zitten om hun behoefte te doen. Ook daar werden ze soms op vastgebonden.

- **Psychofarmaca**



Hoewel vele van de eerder genoemde materialen om te fixeren zoals de isoleercel en dwangbuis nog steeds gebruikt werden, had men nu ook andere middelen om patiënten rustig te houden, namelijk medicatie. In gevallen waarbij de patiënt erg neerslachtig was, konden andere medicijnen gebruikt worden.

Bijlage 2: Korte filmbespreking: “One Flew Over the Cuckoo’s Nest”

“One Flew Over the Cuckoo’s Nest” is een film van Milos Forman uit 1975 naar het gelijknamige boek uit 1962 van Ken Kesey.

De film handelt over een psychiatrische instelling, waar de verpleegsters en de hulpverleners geen enkele moeite doen om de patiënten beter te maken of voor te bereiden op een verder leven in de maatschappij. Ze behandelen hen als ‘gekken’, die hun kans gekregen hebben, ze verpest hebben en nooit meer beter zullen worden. De enige reden waarom deze patiënten in een instelling verblijven is opdat de maatschappij er beter zou van worden. Want in de visie van de film kan dergelijk persoon niet bijdragen aan het instandhouden van de samenleving, meer nog, deze moet tegen dergelijke personen beschermd worden.

Alle patiënten, zagen er ongeveer gelijk uit, ze hadden allemaal hetzelfde witte uniform aan, de haren droegen ze allemaal in een kort kapsel. Elke dag kregen ze een pilletje om hen kalm te houden, dit zonder instemming van de patiënt. Wanneer iemand zich niet aan de regels hield, te rumoerig was of oproer zaaide, brachten ze hem met geweld weg. Deze werd dan vaak naar een soort isoleercel gebracht of in een dwangbuis vastgelegd. Enkele keren gingen patiënten naar ‘de shock’ (dit wordt nu soms als therapie bij depressie gebruikt), als straf, ze zouden daarna wel kalm zijn. Het is duidelijk dat patiënten die daarvan terug keren, geslagen en buiten zichzelf zijn, ze zijn helemaal verstomd en schijnen van niks meer te weten. (Uit een getuigenis weet ik dat dergelijke zaken in het verleden zeker gebeurden, want ooit is er iemand na de zogenoemde ‘shock’ gestorven. Natuurlijk was de officiële dood een hartstilstand). Maar het ergste moet nog komen. De persoon die dikwijls voor opstand zorgde binnen de instelling, ging op een bepaald moment door het lint, hij had verschillende patiënten tegen elkaar opgezet en er was onrust ontstaan. Er wordt dan getoond hoe verpleegsters hem kalm spuiten, ze brengen hem weg en hij komt terug op een ziekenhuisbed en je ziet naden van een operatie aan zijn hoofd. Er wordt geïnsinueerd dat men een stukje hersenen heeft weggenomen, zodat de persoon van niks meer weet, want vanaf dit moment leeft hij als een plant.

Dan vraag ik me af, zijn er ook zulke misdrijven gepleegd?
Het gaat er vooral om dat de patiënt in een minderwaardigheidspositie wordt geplaatst, hij wordt gezien als de zwakkere. Daardoor ontstaat een machtsverhouding tussen de opvoeders, de dokters, therapeuten, en de patiënten. De professionelen kunnen zonder enige verantwoording te moeten afleggen ingrijpen in het leven van de patiënten. Dat kan toch niet?

Bijlage 3: Interview met een ervaringsdeskundige

M.A. werd opgenomen in een psychiatrische instelling in 1953. Ze was toen 16 jaar. Vandaag is ze 70 en reeds 23 jaar vrij uit de inrichting. Dertig en een half jaar heeft ze 'binnen gezeten', zoals ze het zelf verwoord.
Ze zegt dat het vrije leven haar een raar gevoel geeft. Enerzijds geniet ze van het zelfstandige leven en is ze blij en opgelucht. Anderzijds heeft ze het gevoel compleet wereldvreemd en aan haar lot overgelaten te zijn.

Moedig getuigt ze vandaag over haar leven als 'gecolloceerde'. Ze vertelde hoe haar dagen daar verliepen, welke taken ze kreeg en hoe ze wist te overleven op een plaats, waar dwang, repressie en straf dagelijkse kost waren. Jaar na jaar nam haar hoop op vrijheid af.

Door de komst van een nieuwe werkkracht binnen de instelling, namelijk een maatschappelijk assistente, werden alle dossiers opnieuw bekeken. Deze werkneemster beloofde M.A. alles te doen om haar uit deze situatie te krijgen. Enige tijd later kon M.A. onder de vorm van begeleid wonen naar een apart huis in de buurt. Dit als tussenstap naar het leven in de maatschappij.

Nu woont M.A. zelfstandig in haar eigen huisje in het Gentse. Enkel voor haar papierwerk krijgt ze ondersteuning.

(Op de bijgevoegde CD staat de opname van ons gesprek. Deze mocht ik bijvoegen op goedkeuring van de vrouw. Aangezien deze mevrouw door haar leeftijd niet zo goed meer hoort, heb ik mijn best gedaan om voor haar zo duidelijk mogelijk te praten in een gemoedelijk dialect.)